

---

# BOLETIN

DEL

## INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

---

FUNDADOR: DR. LUIS MORQUIO

DIRECTOR:

DR. ROBERTO BERRO

DOMICILIO: YI. 1486

REDACTOR:

DR. VICTOR ESCARDO Y ANAYA

**117**

DIRECCION Y OFICINAS DEL INSTITUTO:

8 DE OCTUBRE No. 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

TELEFONO: 4 35 44

DIRECCION TELEGRAFICA: INAMPRIN - MONTEVIDEO

México	Srta. Francisca Acosta, Direc. Gral. Asistencia Social - México (1) Residente en Montevideo.
Nicaragua	Dr. Germán Castillo, 1ª calle Noroeste 209 - Managua " Alfredo Ramón Guerra, Paysandú 824 - Montevideo
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés, Ministerio de Trabajo, P. Social y Salud Pública - Panamá (1) Residente en Montevideo.
Paraguay	Dr. Ricardo Odriosola, Eligio Ayala 510 - Asunción " Fernando Abente Haedo, Libertad 2811 - Montevideo
Perú	" Otto Fiek Campodónico, Quemado 470 - Lima (1) Residente en Montevideo.
Rep. Dominicana	Dr. Nelson Calderón, Calle "Hermanos Deligne" 15. Ciudad Trujillo. República Dominicana. " Fernando Forteza (hijo), Av. Brasil 2866. P. 5º Ap. 10. Montevideo.
Uruguay	" Julio A. Bauzá, Río Negro 1380 - Montevideo " Alfredo Alambarri, J. Benito Blanco 795 - Montevideo.
Venezuela	" Ernesto Vizcarrondo, Qta. Majagual. Av. Bogotá Urbanización Los Caobos - Caracas. (1) Residente en Montevideo.

---



# BOLETIN

DEL  
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO  
DE  
PROTECCION A LA INFANCIA

## Sumario — Sommaire — Contents

	Pág.
Fotografía del Prof. Olinto de Oliveira (Brasil) Frente a	71
Profesor Olinto de Oliveira. Decano de los Pediatras Sudame- ricanos. Por Roberto Berro. (Uruguay) .....	71
Documentos anatomoclínicos de la hemorragia intracraneana en el recién nacido prematuro. Por Alberto Salgado Lan- za, José Obes Polleri, Alberto Matteo y N. Toledo Co- rrea (Uruguay) .....	74
Estado actual de la protección materno-infantil en Venezuela. Por Jesús Sahagún Torres (Venezuela) .....	80
Regime legal de familia natural. Por Iette Bomilcar Passare- lla. (Brasil) .....	111
Considerações em torno dos problemas dos menores transvia- dos. Por Vasco Vaz. (Brasil) .....	118
Os problemas de educação da infância. Por Alvaro Negromon- te. (Brasil) .....	129
Medidas legais de proteção ao menor. Por Everardo Moreira Lima. (Brasil) .....	132
Código del Niño del Uruguay .....	136
Seminario Nacional de Haití. Por J. P. A. (Uruguay) .....	137
Ecos del fallecimiento de Araújo Alfaro. a) Discurso del Mi- nistro de Asistencia y Salud Pública de la República Ar- gentina. b) Discurso del doctor T. Valledor, pronunciado en la Sociedad Cubana de Pediatría .....	144
Conferencias y Congresos: VII Jornadas Argentinas de Pedia- tría. (Río Cuarto, Prov. de Córdoba). — Conferencia Na- cional de Seguridad. (Montevideo, Uruguay). — XIX Con- ferencia Internacional de Instrucción Pública. (Ginebra, Suiza). — IX Jornada Brasileña de Puericultura y Pedia- tría (Petrópolis, Estado de Río de Janeiro). — XIV Jor- nadas Pediátricas Rioplatenses. (Montevideo, Uruguay) .	151

Libros y Revistas: La educación en los Estados Unidos y en Latinoamérica. Por Gregorio B. Palacín Iglesias. — Puericultura y administración sanitaria. Por Pastor Oropeza. — La salud del hijo. Puericultura. Por Juan P. Garrahan. — Pediatría XXIV Curso de Perfeccionamiento. Uruguay. — Le Probleme de la delinquance juvenile et l'institution du juge des enfants. Por Gérard Gourgue .....	158
---	-----

Informaciones: Homenaje a los Dres. Berro y Bauzá. Uruguay. — Consejo Panamericano de Odontología Infantil. — Protección a la infancia en Santa María de Río Grande del Sur, Brasil .....	165
---	-----





Profesor Dr. Olinto de Oliveira  
1866 - 1956





## Profesor Olinto de Oliveira

Decano de los Pediatras Sudamericanos

En los últimos días del mes de mayo falleció en Río de Janeiro, en donde residía desde 1918, el eminente pediatra Dr. Olimpio Olinto de Oliveira, un verdadero patriarca de la pediatría brasileña y sudamericana, que muere a los 90 años de edad —había nacido en la ciudad de Porto Alegre, Estado de Río Grande del Sur, en enero de 1866—, después de una vida integralmente dedicada a servir la causa del niño, como médico pediatra, como profesor y conferencista, como brillante organizador administrativo, como crítico de arte, y finalmente como ejemplarísimo padre de familia.

Olinto de Oliveira estudió en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, graduándose en 1887, siendo discípulo destacado de Moncorvo padre, trasladándose enseguida a su ciudad natal, Porto Alegre, en donde comenzó su carrera profesional y universitaria. En 1898 fué de los fundadores de la Facultad de Medicina de Porto Alegre donde desempeñó con brillo extraordinario haciendo conocer en los medios científicos extranjeros la cátedra de Clínica Pediátrica y Ortopedia, que ocupó hasta 1918 en que se trasladó a Río de Janeiro. En aquella ciudad instaló la primera Crèche establecida en el Brasil, fundó un Dispensario Infantil en la Santa Casa de Misericordia, y durante dos períodos fué Director de la Facultad de Medicina, instalando en ella dos importantes anexos, el Instituto Pasteur para la prevención de la rabia y el Instituto Osvaldo Cruz. Al retirarse de la ciudad natal recibió grandes homenajes y fué designado Profesor Honorario y Emérito.

En Río de Janeiro ocupó posiciones destacadísimas en la docencia y en la administración pública. En 1922 presidió con brillo el III Congreso Panamericano del Niño, y en 1933 presidió la Conferencia Nacional de Protección a la Infancia, actuando en casi todos los congresos médicos que se realizaron en ese período, en Río y en diversas ciudades de América y Europa. Se le encomendó la jefatura de la Inspección de Higiene Infantil que pronto la transformó en la Dirección de Maternidad e Infancia, y que después por el gran desarrollo y extensión que adquirió se llamó Departamento Nacional del Niño. Fué esta intensa, admirable labor administrativa, que mantuvo hasta más allá de los ochenta años, la que hizo culminar el prestigio y la jerarquía del profesor Olinto de Oliveira en el Brasil y en todos los países hermanos de América.



El año 1905, cuatro médicos de niños, que serían después los grandes propulsores de la pediatría sudamericana, se juntaron para fundar los Archivos Latino Americanos de Pediatría, la primera revista de la especialidad, cuya gloria pertenece a esas cuatro figuras magistrales, la última de las cuales desaparece hoy; Luis Morquio, Gregorio Aráoz Alfaro, Fernández Figueira y Olinto de Oliveira. Esta revista, joya de las bibliotecas pediátricas se dividió después de casi un cuarto de siglo en los Archivos de Pediatría del Brasil, de la Argentina y del Uruguay, bajo el influjo personal de Olinto de Oliveira, Aráoz Alfaro y Luis Morquio.

En 1942, en Buenos Aires, en una reunión conjunta de las Sociedades de pediatría americanas, se le dió a Olinto de Oliveira el título consagratorio de "Decano de los pediatras sudamericanos" y tres años después, en 1945 en Montevideo, al conmemorarse el 40º aniversario de la fundación de los Archivos Latino Americanos de Pediatría se entregó al doctor Gregorio Aráoz Alfaro, allí presente, una placa conmemorativa y se envió otra similar al Dr. Olinto de Oliveira que no había podido concurrir por motivos de salud. La placa mencionada decía así:

**ARCHIVOS LATINO-AMERICANOS  
DE PEDIATRIA**

*Los Pediatras Uruguayos al ilustre Profesor*  
**OLINTO DE OLIVEIRA**

**UNO DE SUS PRECLAROS FUNDADORES**

1905

1945

En 1946, cuando los Estatutos del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia establecieron la categoría excepcional de Consejero Honorario del Organismo, fué designado como el primero el querido maestro Olinto de Oliveira.

El incansable y fecundo pediatra brasileño fué Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina, de las Sociedades de Pediatría de casi todos los países latino americanos y de la Sociedad de Pediatría de París.

Ya octogenario, cada vez más respetado y más prestigioso se acogió al retiro cariñoso de su hogar familiar, honrándosele en ese entonces con demostraciones oficiales y públicas que despidieron gloriosamente al gran médico, maestro y funcionario incansable.

Ahora, cumplidos sus 90 años de vida, nos llega la noticia de su muerte, que produce consternación en nuestro espíritu, por lo mucho que le queríamos, por el respeto invariable que siempre



tuvimos a las opiniones y los consejos de aquel ilustre viejo, hermano espiritual de Morquio y Araújo Alfaro, y por la circunstancia de su vinculación afectiva con el INSTITUTO que dirigimos, y que cuenta entre sus más queridos y brillantes colaboradores a Mario Olinto, el hijo mayor del Maestro desaparecido, y que sigue en la Pediatría, la ruta y el ejemplo del padre para honor del Brasil y de la causa del niño en las tierras de América.

Hoy frente a la muerte de este viejo ilustrísimo, no caben las lágrimas sino el recuerdo de Olinto de Oliveira en todas las etapas de su vida, admirable y abnegadamente vivida, que tuvo el honor, bien poco común, de que su nombre ilustre figure en el "Livro do Mérito", pues en 1942 así lo resolvió el Presidente de los Estados Unidos del Brasil, doctor Getulio Vargas, declarándolo digno de tal honor, que sólo se destina a aquellas personas que han prestado relevantes servicios cooperando en forma notoria en el enriquecimiento material o espiritual de la República, y deben merecer un eterno reconocimiento público.

Haya paz en la tumba del incansable profesor, y haya resignación en el espíritu de sus familiares a quienes Olinto de Oliveira lega la más preciada y gloriosa de las herencias.

**Roberto Berro**

---

# Documentos Anatomoclínicos de la Hemorragia Intracraneana en el Recién Nacido Prematuro <sup>(1)</sup>

Por los Drs. Alberto Salgado Lanza, José Obes Polleri,  
Alberto Matteo y N. Toledo Correa  
(Montevideo - Uruguay)

Servicio de Prematuros de la Casa del Niño de Montevideo. Médico Jefe Dr. J. Obes Polleri.

Posta Central de Anatomía Patología del Ministerio de Salud Pública. Director Dr. A. Matteo.

Este trabajo reúne 41 casos de hemorragia intracraneana en el recién nacido prematuro, y es una continuación y ampliación de un trabajo que sobre 14 casos fué publicado por dos de nosotros (Salgado Lanza y Toledo) en Arch. de Ped. del Uruguay en 1953. T. XXIV - Nº 7.

Desarrollaremos nuestro trabajo, analizando los siguientes capítulos:

I) Clasificación de las hemorragias de nuestra casuística, según su modalidad anatómica, enumerándolas de acuerdo a su importancia y frecuencia.

II) Datos estadísticos con correlaciones anatomopatológicas.

III) Datos de las historias obstétricas con correlaciones anatomopatológicas.

IV) Clínica de nuestra casuística.

V) Consideraciones fisiopatogénicas.

VI) Conclusiones.

I) Clasificación de las hemorragias según su modalidad anatómica

I) Cerebroleptomeningeas: 36	{	1) Ventriculares: 29	{	a) Ventriculares aisladas: 22.	{	1) Ventriculares + pioaracnoideas: 5.
		2) Pioaracnoideas aisladas: 6.				2) Vent. + parenquimatosas: 2.
		3) Parenquimatosas aisladas: 1.				

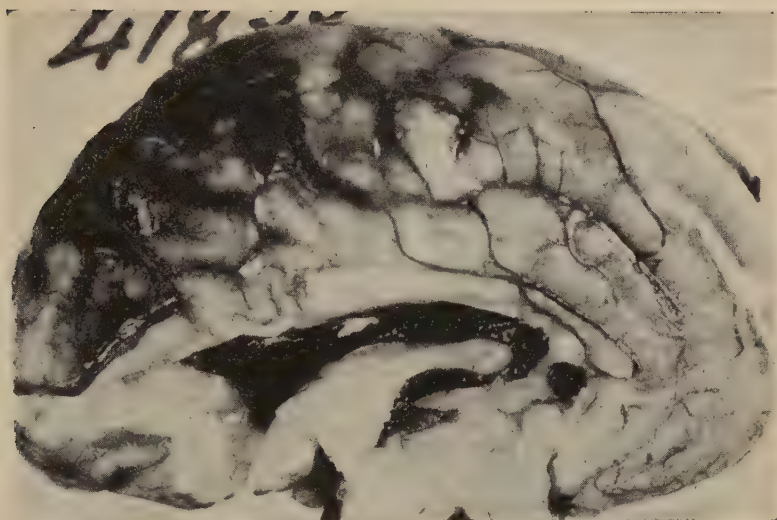
II) Subdurales: 3

III) Mixtas: 2

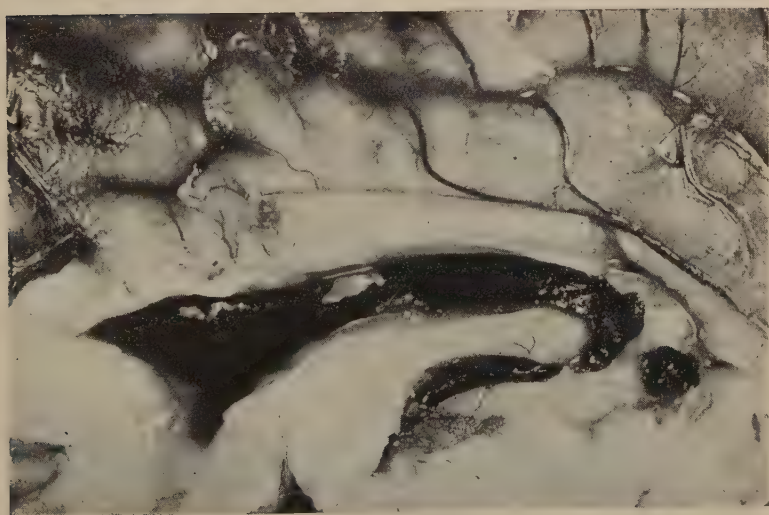
Combinación de las dos formas precedentes.

(1) Trabajo presentado en las "Primeras Jornadas Pediátricas de Viña del Mar", realizadas en Viña del Mar, Chile, los días 24, 25, 26 y 27 de noviembre de 1955.





Hemorragia pioaracnoidea; gran hemorragia ventricular que llena totalmente el ventrículo lateral



El mismo caso de la foto anterior, enfocando particularmente la hemorragia ventricular



Sufusiones hemorrágicas pioaracnoideas y perivenosas



Hemorragias de las cisternas de la base del cerebro y del cerebello



## II) Datos estadísticos con correlaciones anatomopatológicas.

Tipo de Hemorragia	Peso de los niños al nacer						
	750-1000	1001-1250	1251-1500	1501-1750	1751-2000	2001-2250	2251-2500
1) Cerebro leptomeníngeas: 36.	4	8	8	10	2	2	2
2) Subdura-les: 3.	1	2	0	0	0	0	0
3) Mixtas: 2.	1	1	0	0	0	0	0

Dentro del grupo de las hemorragias cerebroleptomeníngeas, con su totalidad de 36 casos, analicemos en particular las más importantes dentro de ellas por su frecuencia, es decir las ventriculares, que totalizan 29.

Hemorragias ventriculares: 29.	Peso de los niños al nacer						
	750-1000	1001-1250	1251-1500	1501-1750	1751-2000	2001-2250	2251-2500
	3-10.3%	7-24.8%	8-27.5%	8-27.5%	0-0%	1-3.4%	2-6.8%

## Correlación de edad al morir y hemorragias cerebroleptomeníngeas.

Edad al morir.	Ventriculares	Ploaracnoideas aisladas.	Parénquimatosas aisladas.
0—24h.	8—27.5%	2	0
1d—2d.	12—41.3%	2	0
2d—3d.	1—3.4%	0	0
3d—4d.	3—10.3%	0	0
4d—5d.	1—3.4%	0	0
5d—6d.	3—10.3%	1	1
6d—7d.	0—0%	1	0
7d—21d.	1—3.4%	0	0

## Correlación de edad al morir y hemorragias subdurales y mixtas.

Edad al morir.	Subdurales.	Mixtas.
0—24h.	2	2
1d—2d.	1	0

Tipo de Hemorragia	Sexo	
	Varones	Niñas
Cerebroleptomeníngeas .	19.	17.
Subdurales .....	0.	3.
Mixtas .....	1.	1.

### III) Datos de las historias obstétricas con correlaciones anatómo-patológicas.

Tipo de Hemorragia	Historia obstétrica		
	Anoxia fetal.	Traumatismo del parto	Normal
Cerebroleptomeníngeas .....	15.	0.	11.
Subdurales .....	0.	3.	0.
Mixtas .....	0.	2.	0.

No se pudo obtener la historia obstétrica en 10 casos.

### IV) Clínica de nuestra casuística.

Tienen historia clínica: 37.

No tienen historia clínica por haber fallecido al instante de ingresar a nuestro servicio: 4.

Subdividimos la sintomatología, que frecuentemente es vaga e imprecisa en:

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| a) Sínt. de dificultad respiratoria: | { | Motilidad tóraco abdominal anormal: 13.<br>Crisis apnéicas: 16 - 43.2%.<br>Cianosis: 25 - 67.5%.                |
| b) Sínt. oculares:                   | { | Mirada asombrada y apagada: 20 - 54%.<br>Nistagmus: 10 - 27%.<br>Estrabismo: 2 - 5.4%.<br>Anisicoria: 1 - 2.7%. |



- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| c) Reflejo de Moro:                 | { No se obtuvo: 16 - 43.2%.<br>Reflejo débil e incompleto: 10 - 27%.<br>Reflejo normal: 10 - 27%.<br>No figuró este dato en las historias: 5. |
| d) Alteraciones del tono muscular:  | { Hipotonía: 19 - 51.3%.<br>Hipertonía: 8 - 21.6%.<br>Tonicidad normal: 10 - 27%.   |
| e) Facies de sufrimiento: 20 - 54%. |   |
| f) Bradicardia: 4 - 10.8%.          |   |
| g) Convulsiones: 3 - 8.1%.          |   |
| h) Parálisis: 1 - (Paraplegia.)     |   |
| i) Mala vitalidad:                  | { Llanto quejumbroso y débil:<br>26 - 70.2%.<br>Niño que no succiona: 24 -<br>64.8%.<br>Estado de sopor: 24 - 64.8%.                          |

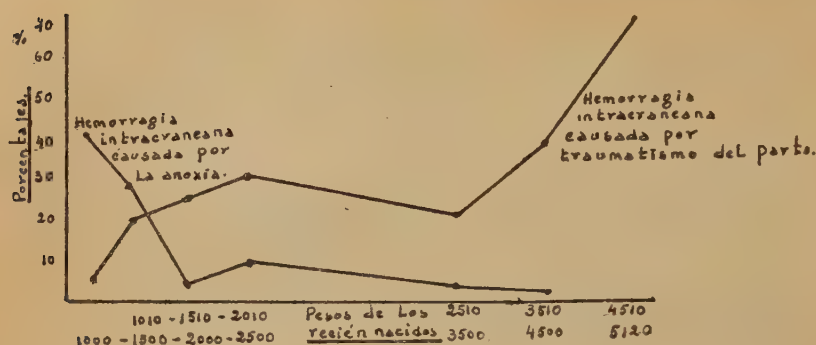
En cuanto a la correlación anatómoclinica debemos decir que si bien, esta sintomatología que como hemos visto no presenta elementos muy precisos ni característicos, nos permite orientar el diagnóstico hacia un sufrimiento cerebral grave, es difícil deducir de ella por sí sola el tipo de la posible hemorragia que presenta el niño.

En cambio uniendo la totalidad de los datos que anteriormente hemos analizado, se pueden obtener orientaciones más definidas en el planteamiento diagnóstico del caso.

#### V) Consideraciones fisiopatogénicas.

De acuerdo a lo analizado en este trabajo, que confirma la experiencia de otros autores, la gran mayoría de las hemorragias intracraneanas en el recién nacido prematuro, parecen corresponder fundamentalmente a una etiopatogenia anóxica, como siempre fué sostenido por uno de nosotros (Obes Polleri) desde el comienzo de la investigación de este tema en nuestro Servicio.

En cambio las hemorragias intracraneanas, causadas por traumatismo evidente del parto, si bien pueden verse como es lógico, también en el prematuro son más propias de los niños a término. Esto se observa de modo evidente en la gráfica que reproducimos de O. Gröntoft, autor sueco que ha estudiado ampliamente este tema, y al cual hemos seguido también en parte en la orientación general de nuestra clasificación de las hemorragias.



En cuanto al origen de la hemorragia en las formas ventriculares, gran grupo de los casos analizados, que como vimos totalizan 29 sobre un total de 41, frecuentemente se ha observado la coincidencia del coágulo intraventricular con hemorragia subependimaria de la pared del ventrículo, correspondiendo ésta a la extravasación de sangre desde la vena del cuerpo estriado, llamada por otros autores vena terminal, que corre bajo el epéndimo de los ventrículos laterales, entre el tálamo y el núcleo caudado. A veces parece originarse la hemorragia desde el punto de vista macroscópico, en los plexos coroideos de dichos ventrículos laterales.

Para tratar de localizar el sitio del comienzo de la hemorragia, hemos estudiado desde el punto de vista microscópico en esta etapa de nuestro trabajo, la histología de los plexos coroideos de nuestros casos y de niños a término y también de adultos. Igualmente se está estudiando la histología de la región subependimaria de los ventrículos laterales, dado que el aspecto microscópico de este problema lo tenemos aún en plena investigación. Se ha llegado a la conclusión que los vasos subependimarios, así como los de los plexos coroideos, tienen una pared donde los elementos conjuntivos y elásticos son escasísimos, dándoles una fragilidad a dichos vasos, que explicaría fácilmente que la ingurgitación venosa de la anoxia llegase a producir su rotura, sea esta troncular o de las ramas aferentes.

Queremos hacer notar por último, que las grandes hemorragias aracnoideas de las cisternas de la base del cerebro, corresponden generalmente a sangre que ha llegado hasta allí, desde los ventrículos laterales donde se originó, recorriendo luego todo el sistema ventricular y el Acueducto de Silvio, que quedan así inundados también de sangre. Por lo tanto al abrir el cráneo en la necropsia y encontrar dichas grandes hemorragias cisternales, podemos afirmar antes de cortar el encéfalo, tratándose de hemorragias intracraneanas del recién nacido prematuro, que existe con



toda seguridad una inundación sanguínea de todo el sistema ventricular.

En cuanto a las hemorragias, que al lado de las ventriculares hemos agrupado en el capítulo de las Cerebroleptomeníngeas, a saber, las Píoracnoideas aisladas y las Parenquimatosas aisladas, también parecen obedecer a una etiopatogenia anóxica. En cambio las Subdurales tienen un origen traumático, como por otra parte lo aceptan todos los autores, y por último las que nosotros hemos denominado Hemorragias Mixtas, parecen tener como causa la suma evidente de factores anóxicos y traumáticos.

VI) **Conclusiones:** se estudian 41 casos de hemorragia intracraneana en el recién nacido prematuro de las cuales 36 las agrupamos bajo la designación común de Hemorragias Cerebroleptomeníngeas, todas ellas en las cuales, la causa principal aparte de la prematuridad, parece ser la anoxia, sea prenatal, postnatal o la combinación de ambas que es lo más frecuente.

Las hemorragias Subdurales, solas o asociadas, son despreciables desde el punto de vista numérico, siendo su causa, traumatismos del parto evidentes en la gran mayoría de los casos.

El estudio histológico de estas lesiones, constituye un capítulo, que no obstante el material ya acumulado, consideramos como apenas iniciado, y que dará margen a publicaciones ulteriores.

---

# Estado actual de la Protección Materno-Infantil en Venezuela

por el Dr. Jesús Sahagún Torres  
(Caracas - Venezuela)

Médico Adjunto de la División Materno-Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1)

## BOSQUEJO DE LA ORGANIZACION SANITARIA VENEZOLANA.

Hasta Febrero de 1936, no se segrega el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del de Agricultura y Cría. Esta fecha marca el hito de partida de la moderna sanidad venezolana que justamente celebra en estos días la grata efemérides de su creación hace 20 años.

Para darnos una idea de la evolución de los servicios sanitarios del país, en el lapso señalado, basta considerar los datos siguientes:

	AÑO Económico 1936-1937	AÑO Económico 1955-1956
Población de Venezuela .....	3.364.347 hab.	5.616.624 hab.
Presupuesto de gastos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social .....	Bs. 13.457.410	Bs. 177.023.065
Gastos sanitarios "per cápita" .....	Bs. 4	Bs. 31.50

Este súbito crecimiento de la población (más de dos tercios en 20 años) y el incremento en los gastos sanitarios (casi ocho veces más "per cápita") reflejan de manera elocuente los cambios socio-económicos de Venezuela, país que ha pasado bruscamente de una lánguida economía agro-pecuaria a una industrial cada año más floreciente.

(1) Exposición presentada al IX Curso de Pediatría Social (París, abril-julio 1956) en el Centro Internacional de la Infancia.



Es oportuno y honesto consignar aquí que, la anterior circunstancia y su consecuencia, la mejoría en las condiciones de vida del venezolano, han contribuido más que otra alguna al descenso de los coeficientes de mortalidad y al aumento de expectativa de la vida entre nosotros. Este hecho y los tangibles resultados de las campañas sanitarias (casi supresión del paludismo y la viruela, franca decadencia de la tuberculosis y la sífilis, disminución de la mortalidad infantil, etc.) han motivado el que actualmente nos encontremos ante un cambio de jerarquía de los problemas que afectan la salud, que nos está obligando a modificar la estructura de los servicios sanitarios de acuerdo con problemas que al disminuir los anteriores están ahora adquiriendo primacía.

La plana mayor del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela está constituida por:

MINISTRO	{	Dirección de Salud Pública (Organismo técnico- rector)		
		Dirección de Gabinete (Secretaría, Archivo, Pren- sa, Biblioteca).		
		Dirección de Administración (Proveeduría, Trans- porte, Compras, etc.)		
		Consultoría Jurídica. Problemas legales.		
	{	Institutos Autónomos	{	Instituto Nacional de Nutrición y Patronato de Comedores Esco- lares.
				Patronato de Ancianos e Inválidos
				Instituto del Hospital Universi- tario.
				Instituto de Neurología e Investi- gaciones cerebrales.

El Ministerio de Sanidad de Venezuela tiene como base de su política al concepto integralista de protección de la salud en su triple aspecto de defensa, promoción y restitución de aquélla. El organismo encargado de dirigir esta política, al más alto nivel, es la Dirección de Salud Pública cuya estructura se esquematiza en la forma siguiente:

**DIRECCION  
DE  
SALUD  
PUBLICA.**

**A) Promoción de la  
Salud**

División de Educación Sanitaria  
División de Higiene Materno-Infantil  
División de Higiene Escolar  
División de Higiene Mental  
División de Servicio Social  
División de Oncología  
División de Farmacia  
Servicio Sanitario de Control de Enfermedades cardiovasculares.

**B) Higiene Ambiental  
y Enfermedades  
Transmisibles.**

División de Epidemiología y Estadística Vital.  
División de Ingeniería Sanitaria  
División de Malariología  
División de Tisiología  
División de Venereología  
División de Lepra  
División de Fiebre Amarilla y Peste  
División de Laboratorios

**C) Instituto Nacional  
de Higiene.**

Investigación. Elaboración de productos.  
Sección de preparación de personal.

**D) Administración Sa-  
nitaria.**

División de Unidades Sanitarias  
Región Sanitaria de Aragua  
Unidad Sanitaria de Caracas  
Instituto de Hospitales  
División de Sanidad Rural  
Sección de Centros de Salud.

La ejecución de los programas, cuyas normas emanan de las Divisiones técnicas aprobadas por la Dirección de Salud Pública, está encomendada a los siguientes organismos locales:

- 50 Unidades Sanitarias
- 9 Centros de Salud
- 56 Hospitales Nacionales
- 1 Región Sanitaria
- 396 Medicaturas Rurales.



## SERVICIOS DE PROTECCION DE LA MADRE Y EL NIÑO EN VENEZUELA.

### A) PROTECCION SANITARIA.

Esta se lleva a cabo por intermedio de las organizaciones siguientes:

#### 1) División Materno Infantil.

Fué creada en Julio de 1936. Depende directamente de la Dirección de Salud Pública como organismo normativo en materia de Higiene Materno-Infantil. Sus principales funciones son las siguientes:

a) Asesoramiento del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en todo lo que se refiere a la salud y asistencia de la madre y el niño.

b) Colaboración en la planificación de los programas de Salud Pública en relación con la madre y el niño.

c) Análisis del trabajo de los Servicios Materno-Infantiles locales, directamente por medio de visitas periódicas e indirectamente estudiando los Informes mensuales y anuales de sus actividades.

d) Fijación de pautas, técnicas y métodos de trabajo a los Servicios Materno-Infantiles locales.

e) Asesoramiento en materia de asistencia obstétrica y pediátrica de los Hospitales Nacionales y Centros de Salud de la República.

#### 2) Instituto Nacional de Puericultura.

Se halla adscrito a la División Materno-Infantil y dirigido por el Médico-Jefe de aquella. Sus funciones principales son:

1) Preparación del personal técnico y auxiliar, comprendiendo los grupos siguientes:

1) Cursos de Post-Grado para médicos higienistas y Directores de Hospitales.

2) Cursos de Post-Grado para Médicos Pediatras y Puericultores.

3) Cursos de Post-Grado para Enfermeras de Salud Pública.

4) Cursos de Puericultura para alumnas de las Escuelas de Enfermeras.

5) Enseñanza de la Puericultura a estudiantes del 6º año de Medicina de la Universidad Central.

6) Cursos para Enfermeras Auxiliares de Salud Pública.

7) Cursos para Trabajadoras Sociales.

8) Cursos para Dietistas del Instituto Nacional de Nutrición.

9) Planeamiento y orientación de los programas para Liceos, Escuelas Normales y Escuelas primarias de la República (En Venezuela es obligatoria la enseñanza de la Puericultura para todas las alumnas de enseñanza media y para las del 6º grado de la Escuela Primaria).

Durante los últimos ocho años el "Instituto Nacional de Puericultura" ha impartido enseñanza teórico-práctica a los grupos siguiente:

Médicos .....	295
Estudiantes de Medicina .....	940
Alumnas de Enfermería .....	955
Enfermeras de Salud Pública .....	22
Auxiliares de Salud Pública .....	363
Dietistas del Instituto Nacional de Nutrición .....	56

## II) El Instituto como Centro de Experimentación de nuevas técnicas y procedimientos.

Para cumplir este cometido el "Instituto Nacional de Puericultura" se halla organizado como uno más de los 14 Centros Materno-Infantiles con que cuenta la Ciudad de Caracas, realizando la vigilancia sanitario-educativa en Higiene Materno-Infantil, de un sector de aproximadamente, 30.000 habitantes. Consta de las siguientes secciones:

- 1) 10 Distritos Sanitarios, al frente de cada uno de los cuales se encuentra una Enfermera de Salud Pública. Controlan 2.500 familias.
- 2) Consulta prenatal, con una inscripción anual aproximada de 1.300 embarazadas.
- 3) Servicio post-natal con aproximadamente 1.000 inscritas por año.
- 4) Orientación y vigilancia de la asistencia obstétrica, singularmente de la prestada por Comadronas autorizadas.
- 5) Consulta de Higiene Infantil (0 a 2 años). La inscripción anual es de aproximadamente 1.100 niños.
- 6) Consulta de Higiene Pre-escolar (2 a 7 años). Inscripción anual: 500.
- 7) Laboratorio y cocina de dietética infantil.
- 8) Estación de Leche, de tipo educativo para menores de 2 años. 100 plazas.
- 9) Casa-Cuna externa, para 50 niños menores de 3 años.
- 10) Jardín de Infancia, con Maestra Kindergarterina, para 25 niños de 3 a 7 años.
- 11) Servicio de Higiene Mental Infantil: preservación de la salud mental del niño desde su desarrollo prenatal hasta los 7 años.



- 12) Servicio de inmunizaciones: Rutinariamente se practican: antivariólicas, antidiftéricas, antitetánicas, antioqueluchosas, antitíficas, B.C.G. e intradernos a la tuberculina (P.P.D.).
  - 13) Departamento de Radiología. Radioscopia sistemática en prenatales e investigación radiológica del desarrollo óseo del niño.
- 3) **Servicios Materno-Infantiles de las Unidades Sanitarias.**

La "Unidad Sanitaria" es el organismo ejecutivo local de los programas de Salud Pública. Actualmente existen en el país 50 Unidades Sanitarias que controlan directamente a 80 Servicios Materno-Infantiles.

Existen dos modalidades de Servicios Materno-Infantiles:

a) Los que cuentan con Médico Puericultor, en número de 53, instalados de ordinario en poblaciones de más de 15.000 habitantes. En 21 de estos servicios existe también un Médico Maternólogo, encargado de la Consulta Prenatal. Ambos funcionarios prestan servicios a medio tiempo.

b) Servicios que son atendidos por el Médico-Jefe de la Unidad, Administrador de Salud Pública con entrenamiento en Puericultura adquirido en el Curso de Médicos Higienistas. El número de estos servicios es de 27 y funcionan en ciudades menores de 15.000 habitantes. Los Administradores de Salud Pública trabajan a tiempo completo.

La población incluida en el área de influencia de las 50 Unidades Sanitarias es aproximadamente de 2.500.000 habitantes. La población influenciada por los Servicios Materno-Infantiles de dicha área es como sigue:

Mujeres en edad de fertilidad (15 a 49 años) ....	625.000
Lactantes (0 a 2 años) .....	150.000
Pre-escolares (2 a 7 años) .....	350.000

#### 4) **Servicios Materno-Infantiles de los Centros de Salud.**

El "Centro de Salud" es el organismo de más reciente creación entre nosotros. Funcionan 9 en todo el país y otro se halla en construcción. Estos Centros representan una auténtica y completa integración a nivel local y bajo un comando único, en edificios contruidos ad hoc, de todos los servicios de medicina preventiva y curativa de las comunidades donde se hallan instalados. Son dirigidos por Administradores de Salud Pública con Cursos de especialización de Médicos Higienistas y Directores de Hospitales.

En cada uno de estos "Centros de Salud" existen Servicios de Higiene Materno-Infantil y de Pediatría, tanto de consulta externa como de hospitalización.

La población directamente servida por estos nuevos Centros excede de los 210.000 habitantes. La población materno-infantil influenciable por ellos, puede calcularse así:

Mujeres en edad de fertilidad (15 a 49 años) ..	52.500
Lactantes (0 a 2 años) .....	12.600
Pre-escolares (2 a 7 años) .....	29.400

Resumiendo: aproximadamente la mitad de la población materno-infantil del país, se encuentra en el área de influencia directa de las 50 Unidades Sanitarias y los 9 Centros de Salud existentes.

#### 5) Servicios Materno-Infantiles de las Medicaturas Rurales.

Diseminadas por todo el país, en los lugares donde no alcanza la influencia de las "Unidades Sanitarias" ni los "Centros de Salud", aunque en estrecha relación con estos organismos, se encuentran actualmente 396 "Medicaturas Rurales", instaladas, generalmente, en poblaciones inferiores a los 5.000 habitantes.

Estas "Medicaturas Rurales", además de su papel curativo-asistencial, tienen incluido en sus programas, como cometido fundamental, la práctica de la Higiene Materno-Infantil de las respectivas Comunidades, si bien en algunos aspectos de manera más elemental que los organismos anteriormente descritos, ya que, varias de ellas, carecen de elementos auxiliares, tales como Rayos X y Laboratorio Clínico.

La población aproximada que cubren las Medicaturas Rurales es de 2.900.000 habitantes. La población materno-infantil teóricamente influenciable por ellas —puesto que la dispersión de la población y las dificultades de comunicación son mayores que en los otros medios— está compuesta así:

Mujeres en edad de fertilidad .....	726.656
Lactantes (0 a 2 años) .....	174.397
Pre-escolares (2 a 7 años) .....	406.926

Las tres modalidades de Servicios Materno-Infantiles, "Unidades Sanitarias", "Centros de Salud" y "Medicaturas Rurales" inscriben y vigilan sanitariamente cada año, aproximadamente, a los grupos siguientes:

90.000	prenatales
50.000	post-natales
70.000	lactantes
15.000	pre-escolares.

**Personal deseable y servicios auxiliares para un Centro Materno-Infantil.**

En las "Unidades Sanitarias" y "Centros de Salud", nos atenemos, de ordinario, a las siguientes pautas:

Un Médico Puericultor para cada 600 familias inscritas.

Una Enfermera de Salud Pública (polivalente) para cada 150 familias.

Una Enfermera auxiliar para ayuda en entrevistas, peso, talla, etc.

Una Enfermera auxiliar para inmunizaciones, si esta atención no la realiza el Servicio de Epidemiología.

Servicios Auxiliares:	{	Laboratorio
		Rayos X
		Servicio dental
Centros de referencia:	{	Maternidad
		Consultorio de Medicina general
		Consultorio de especialidades
		Consulta externa de pediatría
		Hospitalización de niños
		Servicio de prematuros.

**6) Servicios Materno-Infantiles de las Estaciones de Puericultura.**

La "Estación de Puericultura" ha venido a sustituir a la antigua "Gota de Leche" de tipo exclusivamente benéfico. Su fin, aparte la ayuda para combatir la desnutrición, es fundamentalmente educativo. Son verdaderas Escuelas elementales de Puericultura con un programa específico a cumplir, donde las madres permanecen durante un año aprendiendo, de la manera más objetiva posible, la alimentación y cuidados higiénicos del hijo.

En un principio se repartía en ellas leche fresca de vaca, pero dadas las condiciones imperantes en la obtención de la leche, se sustituyó, aquélla por la de la industria en polvo. Ultimamente nos hemos decidido únicamente por el reparto de leche ácida completa en polvo, lo que nos garantiza que en el hogar se dedica exclusivamente a alimentación del niño inscrito en la Estación y no a la de adultos como habíamos comprobado con otros tipos de leche. Con este procedimiento dadas las condiciones climáticas de nuestro medio y el poder antidiséptico de la leche ácida, se ha logrado una positiva medida preventiva de los trastornos gastro-intestinales de los niños.

Los lactantes inscritos en la Estación de Puericultura permanecen en ella durante un año, salvo casos excepcionales. Durante



todo este periodo se les vigila sanitariamente, peso, talla, desarrollo, inmunizaciones, visitas domiciliarias, etc.

La dirección técnica de la Estación corresponde al Médico Jefe de la Unidad Sanitaria, Centro de Salud o Medicatura Rural donde se halla instalada, generalmente en el mismo local que ocupan el resto de servicios de la comunidad. La encargada de la Estación es una "Auxiliar de Puericultura" que ha recibido enseñanza en el Instituto Nacional de Puericultura.

En aquellos lugares, donde no existen servicios nutricionales, las Estaciones de Puericultura proporcionan leche a las embarazadas que su estado de salud y sus condiciones económicas lo demandan.

He aquí algunos datos numéricos acerca de las Estaciones de Puericultura de Venezuela en la actualidad:

Número de Estaciones en funcionamiento	220
Niños inscritos por Estación .....	30 a 50
Promedio de niños a que se suministra leche diariamente .....	7.000
Cantidad promedio de leche por niño .	800 c.c.
Reparto anual de leche .....	más de 2.500.000 Litros
Porcentaje de Estaciones en zona rural	70 por 100

#### Líneas generales de acción de los Servicios Materno-Infantiles

La protección materno-infantil, sanitaria o social, no puede realizarse aisladamente con eficacia, sino que ha de ser enfocada como elemento de un todo que requiere ser contemplado íntegramente: la familia.

Un caso cualquiera, prenatal, lactante o pre-escolar, al ser inscrito por vez primera en un servicio materno-infantil, impone la realización de un estudio de las condiciones sanitarias, sociales y económicas en que vive la familia a que pertenece. Los datos de este estudio se anotan en un "sobre" o "carpetita familiar" que va a servir, en lo futuro, de archivo e historial de los casos sucesivos que dicha familia vaya inscribiendo. De esta manera, tenemos siempre reunidos y a la mano, los datos que tan decisiva repercusión suelen tener entre los miembros de la misma familia.

Con ligeras variantes, de acuerdo con los medios disponibles, los Servicios Materno-Infantiles de Venezuela se rigen por la rutina siguiente:

A) **Servicio Prenatal.** Estas son las líneas generales de acción:

- 1) Captación de la embarazada por la Enfermera de Salud Pública.
- 2) Inscripción en el Servicio Prenatal lo más precozmente posible.

- 3) Diagnóstico del embarazo, presentación, posición, etc.
- 4) Toma de presión arterial.
- 5) Examen de orina, como minimum albúmina y glucosa.
- 6) Examen serológico (Kahn). Es obligatorio en Venezuela de acuerdo con el artículo 29 de la Ley de Defensa contra las enfermedades Venéreas.
- 7) Tratamiento sistemático en caso necesario. Penicilinoterapia.
- 8) Investigación del factor Rh. Caracas y grandes ciudades.
- 9) Examen radioscópico pulmonar. Referencia en caso de necesidad al Dispensario Antituberculoso.
- 10) Examen dental y corrección de caries.
- 11) Consejos de higiene del embarazo, relaciones sexuales, régimen alimenticio, baños, etc.
- 12) Vigilancia de la evolución del embarazo y desarrollo del feto en sucesivas consultas.
- 13) Descubrimiento de enfermedades transmisibles al feto o de afecciones o defectos que puedan interferir en el desarrollo de aquél o en la labor del parto y referencia a los Servicios especializados, en caso necesario.
- 14) Estudio de las reacciones mentales de la embarazada.
- 15) Instruirla respecto al crecimiento y preparación para futuros cuidados del niño.
- 16) Asesorarla, mediante demostraciones, acerca de aquellos cuidados y del equipo que debe preparar.
- 17) Seleccionar las embarazadas que su situación económica lo exija, para proporcionarles los alimentos indispensables. Más adelante, al hablar del Instituto Nacional de Nutrición, se detallará la forma en que se desarrolla esta actividad.
- 18) Tomar las medidas necesarias para asegurar a toda embarazada una asistencia obstétrica correcta. De lo conseguido en este aspecto se trata en el epígrafe siguiente.
- 19) Visitas domiciliarias por la Enfermera de Salud Pública. Una visita al mes los dos primeros trimestres y dos mensuales durante el tercero.

#### B) Control Obstétrico de los Servicios Materno-Infantiles.

Para el año 1936, en una encuesta realizada en cinco de las principales ciudades de Venezuela, el 63,5 por 100 de los partos ocurridos, era asistido por Comadronas empíricas. En la misma época, el número de camas de Maternidad con que contaba el país era de 72.

Actualmente la situación se ha invertido. En las 59 localidades donde se hallan instaladas Unidades Sanitarias o Centros de

Salud, el número de camas de maternidad disponibles pasa de 2.300 y el porcentaje de asistencia obstétrica por Comadronas es de solamente 26,9 por 100 partos conocidos por la Autoridad Sanitaria local. Durante el año último, los Servicios Materno-Infantiles tuvieron conocimiento de 90.087 partos.

La situación es aún bien diferente en el medio rural del país donde las Comadronas continúan atendiendo aproximadamente los dos tercios de los partos ocurridos.

Por estas razones, la política del Despacho de Sanidad, aparte de continuar con el incremento de camas de maternidad, ha sido la de vigilar y educar a la Comadrona empírica mediante la obligatoria inscripción de la misma ante la Autoridad Sanitaria local (Médico-Jefe de Unidad, Centro de Salud o Médico Rural).

Los permisos concedidos a estas Comadronas, no tienen carácter permanente, sino que son renovables a juicio de la Autoridad Sanitaria que les expide y siempre de acuerdo con la capacitación obtenida y la conducta observada por cada una.

Las enseñanzas a que son sometidas son elementales y más bien se insisten en ellas acerca de aquello que "no deben hacer".

Las Comadronas así autorizadas y vigiladas están obligadas a:

- 1) Asistir a las charlas y demostraciones dadas por el Médico o la Enfermera.
- 2) Presentar a las embarazadas a la consulta prenatal del Servicio Materno-Infantil lo más precozmente posible.
- 3) Denunciar a la Autoridad Sanitaria el nacimiento, en las primeras 24 horas y aconsejar a los padres la inscripción temprana del niño en el Registro Civil.
- 4) Vigilar el puerperio y las secuelas del post-partum, participando al Médico cualquier anomalía que se presente.
- 5) Aplicar la instilación de Credé en los ojos del niño y utilizar una cura umbilical aséptica. Ambas cosas se proporcionan gratuitamente.

A las Comadronas vigiladas se las provee de un maletín conteniendo de lo necesario para la asistencia a un parto normal, el cual es revisado frecuentemente por la Enfermera de Salud Pública.

No está permitido a las Comadronas vigiladas:

- 1) Asistir partos de primiparas.
- 2) Asistir partos distócicos.
- 3) Practicar tactos vaginales.
- 4) Poner inyecciones de cualquier tipo a la parturienta.

La Enfermera de Salud Pública del Servicio Materno-Infantil correspondiente, aparte su colaboración en la enseñanza de las Comadronas vigiladas, controla en el respectivo domicilio el tra-



bajo de estas inmediatamente después de conocida la denuncia del parto.

### Servicio Post-Natal de los Centros Maternos Infantiles.

Las pautas de la División Materno Infantil disponen que inmediatamente que se tiene conocimiento de que ha ocurrido un parto, especialmente si ha sido en el domicilio y fué asistido por una Comadrona vigilada —con más razón aún si se trata de una Comadrona clandestina— la Enfermera de Salud Pública practicará una visita antes de las 48 horas del nacimiento y otra, al menos, en el transcurso de la primera semana. El objeto de estas visitas es doble: vigilancia del trabajo de la Comadrona y de la evolución del puerperio y captación del recién nacido para su inscripción precoz (antes de los 15 días) en el servicio de lactantes sanos.

De ordinario, la totalidad de las post-natales asistidas por Comadronas pertenecientes al área de las Unidades Sanitarias y Centros de Salud es visitada como lo demuestran las cifras del año último en el que de 24.260 partos asistidos por Comadronas se practicaron 28.656 visitas post-natales pero en cambio la visita temprana (dentro de las primeras 48 horas del parto) está aún muy lejos de ser eficiente, ya que sólo 3 de cada 10 son visitadas en estas condiciones.

Otro aspecto poco satisfactorio del Servicio post-natal es el del examen médico post-partum. De las 38.863 post-natales inscritas en Unidades y Centros de Salud en el año último, sólo se practicaron 9.469 exámenes post-partum, es decir, menos de la cuarta parte del total, circunstancia lamentable pues es sabido que son frecuentes las secuelas del embarazo y el parto.

En las Medicaturas Rurales el servicio post-natal, como el resto de predominio domiciliario, es casi inexistente por carencia de Enfermeras de Salud Pública.

### Servicio de Lactantes (0 a 2 años).

El éxito de un servicio de lactantes está fundamentalmente determinado por lo precozmente que se establezca la vigilancia sanitaria del niño.

Las fuentes originarias de la inscripción precoz del lactante, entre nosotros, son las siguientes:

- 1) Hijos de prenatales que se vigilaron en el Servicio correspondiente su embarazo y acerca de las cuales la Enfermera de Salud Pública ejerció una acción educativa eficiente. Aproximadamente el 63 por 100 de los lactantes inscritos por las Unidades Sanitarias y los Centros de Salud procede del Servicio prenatal.

2) En 14 grandes ciudades del país es obligatoria la inscripción del nacimiento ante la Autoridad Sanitaria. Esto supone el conocimiento inmediato de un número considerable de nacimientos.

3) Denuncias de partos asistidos por comadronas vigiladas, dentro de las 24 horas del nacimiento. De 25.000 a 30.000 nacimientos son conocidos por este procedimiento por las Unidades Sanitarias y Centros de Salud.

4) Nacimientos ocurridos en Maternidades. Si se ha establecido un eficiente sistema de referencia de la Maternidad al Centro Materno Infantil podemos conocer un crecido número de estos nacimientos.

5) Inscripción de nacimientos en los respectivos Registros Civiles. Este dato es el de menos utilidad entre nosotros, ya que la inscripción ante la Autoridad Civil se verifica, ordinariamente, con bastante retraso.

Conocido un nacimiento, por cualquiera de los procedimientos anteriores, el deber fundamental de la Enfermera de Salud Pública es captar al recién nacido para la consulta de lactantes. El ideal es la inscripción del niño en el Servicio de lactantes antes de transcurridos 15 días del nacimiento.

Las funciones específicas de la Consulta de Lactantes Sanos pueden resumirse así:

- a) Examen físico completo
- b) Vigilancia del desarrollo y crecimiento
- c) Dirección de la alimentación
- d) Protección contra las infecciones para las que se dispone de inmunización efectiva. B.C.G. en tuberculino-negativos si no se hizo de recién nacidos.
- e) Protección social del grupo: Referencia a Casa Cuna o Estación de Puericultura a los desnutridos económicamente débiles.
- f) Educación de la madre, demostraciones y visita domiciliaria por la Enfermera de Salud Pública.
- g) La frecuencia de la asistencia a la Clínica y las visitas domiciliarias suelen tener el ritmo siguiente: quincenalmente durante los dos primeros meses, mensualmente del 2º al 6º y luego más espaciadas de acuerdo con la evolución del caso.

#### Servicio Pre-escolar. (2 a 7 años).

Al cumplir los dos años se cesa al lactante y se abre una ficha pre-escolar. La vigilancia de este grupo comprende:

- a) Estudio del desarrollo físico.

- b) Descubrimiento de defectos (dentales, amígdalas, vegetaciones, auditivos, visuales, etc.)
- c) Referencia a los servicios especializados para corrección de los defectos físicos descubiertos.
- d) Descubrimiento y erradicación de parasitosis intestinales.
- e) Estudio y corrección de los trastornos nerviosos y mentales.
- f) Primo o revacunaciones según esté indicado. B.C.G. en tuberculino-negativos.
- g) Protección social del grupo. Selección y referencia a Jardines de Infancia, Colonias, etc.

### Ensayo de Evaluación del Rendimiento de los Servicios de Higiene Materno-Infantiles

En las páginas precedentes se ha trazado un esquema de la organización y objetivos de la Higiene Materno-Infantil en Venezuela. En las que siguen vá a exponerse, de manera muy resumida, el resultado de nuestros trabajos encaminados a determinar en qué grado se han alcanzado los objetivos propuestos.

Una comunicación preliminar sobre este tema, fué hecha por nosotros al VII CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA (Habana, 1953). Posteriormente dimos cuenta del trabajo completo a la SOCIEDAD VENEZOLANA DE SALUD PUBLICA en su sesión científica de Junio de 1955.

Es obvio que, al ampliarse el número de Unidades Sanitarias y Centros de Salud, han aumentado considerablemente los grupos materno-infantiles influenciados, pero si bien es cierto que uno de los fines del trabajo sanitario es que beneficie a núcleos apreciables de población, no lo es menos que el Administrador de Salud Pública —y esta es nuestra situación en escala nacional— tiene como principal obligación saber estimar el rendimiento, medir la eficacia de los servicios que le están encomendados. Era pues imperativo, en nuestro caso, averiguar si el incremento cuantitativo, en superficie, de los servicios prestados, iba acompañado de una buena labor cualitativa, de profundidad, de los mismos.

Para intentar este propósito analizamos las diferentes actividades materno-infantiles de 56 Unidades Sanitarias y Centros de Salud de los grupos siguientes:

a) Servicios en los cuales pudo analizarse un periodo de cinco o más años de trabajo. En total: 46.

b) Servicios en los que el análisis se contrae a poblaciones con menos de 5 años de actividades materno-infantiles. En total, 10, la mayoría Centros de Salud de creación reciente.

Los resultados de este estudio van a continuación:



MEDIANAS DE LOS INDICES DE RENDIMIENTO DEL  
TRABAJO DE HIGIENE MATERNO-INFANTIL EN 56  
POBLACIONES VENEZOLANAS.

1. Por cada 100 partos conocidos por la Autoridad Sanitaria local, 70 fueron asistidos en Maternidades. Progresión satisfactoria.  
En 1944 esta mediana era de 43 por 100.
2. Por cada 100 partos conocidos se vigilaron sanitariamente 51 embarazos. Indice en progreso satisfactorio.
3. De cada 100 prenatales inscritas, 43 comenzaron el control de su embarazo antes del 5º mes. Este índice fué de 30 en 1944.
4. Por cada 100 prenatales inscritas sólo 15,5 se habían controlado un embarazo anterior en el servicio. Indice insatisfactorio. Falla lamentable de la labor educativa en embarazos anteriores.
5. Por cada 100 prenatales que se hallan bajo control se pierden 26. Indice no satisfactorio pero que ha ido mejorando de año en año.
6. De cada 100 prenatales "perdidas de control" sólo se recuperan 7. Indice francamente insatisfactorio.
7. Sólo se practica una visita al año por prenatal inscrita. Indice deficientísimo.
8. Por cada prenatal inscrita se practican 1,1 reacciones de Khan, lo que se considera relativamente satisfactorio.
9. El 4,6 por 100 de prenatales padece sífilis. Reducción muy satisfactoria. En 1944 este índice fué de 10 por 100.
10. De cada 100 prenatales sífilíticas, 93 son sometidas a tratamiento específico, índice tanto más satisfactorio cuanto más eficaz es la actual terapia.
11. A 9 de cada 10 prenatales inscritas se le practica examen radiológico de pulmón. Indice relativamente satisfactorio.
12. De cada 100 multigestas inscritas 49 se habían controlado algún embarazo anterior en los mismos servicios prenatales. Indice relativamente satisfactorio.
13. Cada día de clínica se examina un promedio de 13 prenatales, cifra que se estima suficiente.
14. Una mediana de 3 asistencias a la Clínica por cada embarazo, se considera muy baja.
15. De cada 100 post-natales inscritas 83 proceden del Servicio prenatal, proporción relativamente satisfactoria.
16. Todas las post-natales, cuyos partos fueron atendidos por Comadronas vigiladas son inscritas en el servicio post-natal correspondiente. Indice muy satisfactorio que permite

supervisar el trabajo de la Comadrona y la captación del recién nacido para el servicio de lactantes.

17. Sólo al 10 por 100 de las post-natales procedentes del Servicio Prenatal se les practica un examen post-partum, índice totalmente insatisfactorio.
18. Por cada 10 partos atendidos por Comadronas vigiladas, sólo se practican 3 visitas post-natales dentro de las 48 horas del parto. Índice insatisfactorio.
19. Por cada 100 lactantes (0 a 2 años) existentes en el área urbana de las Unidades y Centros de Salud se inscriben 31,5. Mediana relativamente satisfactoria.
20. Por cada 100 lactantes, menores de 2 años, se inscriben 37 antes de cumplir el primer mes de vida. Mediana insuficiente.
21. Por cada infante inscrito se practican 4 visitas anuales. Mediana insuficiente.
22. De cada 10 inscritos menores de un mes se visitan 8,5 en el mismo periodo. Mediana relativamente satisfactoria.
23. A cada infante se le vé en la Clínica 4,4 veces al año, número que no se estima satisfactorio.
24. El número de infantes concurrentes a Clínica es de 12,4 por día.
25. Por cada 100 infantes inscritos se pierden de control al cabo del año 37,5 proporción que se estima muy alta.
26. Unicamente se recuperan 7,7 infantes por cada 100 perdidos de control. Mediana francamente insatisfactoria.
27. De cada 100 inscritos menores de 1 año se vacunan 84 contra la viruela proporción que debe mejorarse.
28. De cada 100 infantes inscritos son vacunados 52,3 contra la difteria. Mediana insuficiente.
29. De cada 100 infantes inscritos son vacunados 45 contra la coqueluche. Mediana insuficiente.
30. De cada 100 exámenes de heces de infantes 59 son positivos a algún parásito intestinal, singularmente áscaris y tricocéfalos.
31. Por cada 100 infantes con parásitos intestinales se administraron 57,4 tratamientos antihelmínticos.
32. Por cada 100 pre-escolares (2 a 7 años) existentes en el área urbana de Unidades Sanitarias y Centros de Salud se inscriben en el servicio correspondiente a 4. Mediana francamente pobre.
33. De cada 100 pre-escolares inscritos se pierden de control al cabo del año a 47,5, proporción sumamente alta.
34. De cada 100 pre-escolares perdidos de control se recuperan 18,7, proporción insuficiente, si bien más alentadora que en prenatales e infantes.

35. A cada pre-escolar se le practican 7 visitas domiciliarias durante el año, cantidad excesiva en esta edad, máxime que las visitas de prenatales e infantiles son insuficientes.
36. Todos los pre-escolares inscritos se hallan vacunados contra la viruela.
37. El 80 por 100 de los pre-escolares son vacunados contra la difteria.
38. Al 81 por 100 de los pre-escolares inscritos se les practicó radioscopia pulmonar.
39. Se practicó intradermo-reacción a la tuberculina (PPD) al 84,5 por 100 de los pre-escolares inscritos.
40. Por cada 100 pre-escolares inscritos se practicaron 187 exámenes de heces en este grupo.
41. El 75 por 100 de las heces de los pre-escolares contenían parásitos.
42. El 73 por 100 de los pre-escolares parasitados fué tratado.

Los 42 "índices" anteriormente enunciados, creemos que con la mayor objetividad, no pretenden erigirse en único y unilateral sistema estimativo del rendimiento de nuestros servicios materno-infantiles, pero es indudable que, su estudio puede proporcionar elementos de juicio que nos conduzcan al establecimiento de nuevas normas que corrijan las más salientes deficiencias.

La máxima falla de nuestros servicios estriba, a nuestro juicio, en la escasez de Enfermeras de Salud Pública que padecemos y ello a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Sanidad que sostiene cinco Escuelas Nacionales de Enfermeras con una matrícula de más de 800 alumnas y otra de 100 de la Cruz Roja Venezolana. Próximamente el Gobierno Nacional inaugurará otras tres Escuelas con una capacidad de más de 500 alumnas.

#### Los problemas de Mortalidad del grupo Materno-Infantil en el área urbana de Unidades Sanitarias y Centros de Salud.

He aquí su situación en el año 1954:

Coefficientes de Mortalidad materna por 10.000 parturientas	20,3
Coefficientes de Mortinatalidad por 1.000 nacimientos generales	29,6
Coefficientes de Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos	69,0
Coefficiente de Mortalidad Neonatal	29,8
Defunciones neonatales por 100 menores de 1 año	43,1
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Sífilis Congénita"	0,55
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Otras Causas Congénitas"	10,6
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Causas respiratorias"	15,2
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Causas gastro-intestinales"	18,3



Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Causas infecciosas"	4,3
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Tétanos neonatorum"	0,89
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Otras causas diagnosticadas"	12,5
Coefficiente de Mortalidad Infantil por "Causas desconocidas o mal definidas"	6,6

Es evidente que aún se mantienen altos la mayoría de los anteriores coeficientes, pero la marcada tendencia de su descenso es altamente alentadora cuando les comparamos con los obtenidos en el año 1942 en el grupo de poblaciones que en aquella época disponían de Unidades Sanitarias con Servicios Materno-Infantiles, como lo muestra el cuadro siguiente:

VARIACION DE LOS COEFICIENTES DE MORTALIDAD  
MATERNA, MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL  
EN POBLACIONES QUE DISPONIAN DE UNIDADES  
SANITARIAS DE 1942 A 1954

	Coeficientes de:		
	MORTALIDAD MATERNA	MORTI- NATALIDAD	MORTALIDAD INFANTIL
Poblaciones con Unidades Sanitarias en el año 1942	63,0	32,5	116,8
Poblaciones con Unidades Sanitarias o Centros de Salud en el año 1954 ...	20,3	29,6	69,0
Reducción porcentual de los Coeficientes de uno a otro período .....	67,7	8,9	47,8

La disminución del coeficiente de Mortalidad Infantil en el área controlada por las Unidades Sanitarias y Centros de Salud es tanto más significativa, cuanto que, en un periodo semejante, el descenso del coeficiente correspondiente a la totalidad del país estuvo representado por un 35, en lugar de un 47,8 por 100.

#### División de Higiene Escolar.

Esta División es la encargada de la protección de la salud del escolar (7 a 14 años).

Sus objetivos pueden resumirse así:

1. Vigilancia y protección de la salud mediante:
  - a) \Apreciación de su salud por medio de exámenes médicos sistemáticos.
  - b) Corrección de los defectos o trastornos que se descubran.
2. Prevención de enfermedades transmisibles en la Escuela.
3. Creación de un ambiente higiénico y adaptado a la personalidad del escolar mediante la inspección periódica de los locales y útiles escolares y de la forma como se lleva a cabo el trabajo escolar.
4. Educación higiénica que comprende instrucción en materia de higiene y creación y fomento de hábitos de vida sana.

Como instrumentos de trabajo de este programa, la División cuenta con los elementos siguientes:

a) Centros de Higiene Escolar, situados en el propio local de la Escuela y desde donde el Médico y la Higienista Escolar ejercen el control permanente de la salud de los alumnos, mediante la práctica de exámenes médicos sistemáticos, referencias a otros servicios, inmunizaciones, etc. Un Centro para cada mil alumnos.

b) Servicio Dental para cada mil escolares.

c) Servicio de Especialidades, Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología y Psiquiatría, para atender únicamente a los referidos por los Médicos de los Centros de Higiene Escolar.

d) Instituciones peri-escolares capaces de atacar de manera eficaz determinados problemas relacionados con la salud y la mejor educación del niño (Colonias, Comedores Escolares, Centros de tratamiento de defectos sensoriales y de déficit de desarrollo mental).

Los Servicios dependientes de la División de Higiene Escolar, ejecutivos de los programas emanados de aquélla, pueden clasificarse así:

- 8 Servicios completos, con todos los elementos de la lucha anteriormente descritos.
- 14 Centros de Higiene Escolar, Servicio Dental y facilidades para exámenes y tratamiento especializados.
- 12 Servicios dotados de Centros de Higiene Escolar atendidos por el Médico-Jefe de la Unidad Sanitaria, asistidos por Auxiliares de Higiene Escolar.
- 13 Servicios sin personal alguno especializado, por el Médico Jefe de la Unidad Sanitaria.
- 396 Servicios en las Medicaturas Rurales, obligadas a realizar una consulta semanal de Higiene Escolar.
- 1 Dispensario Central de Especialidades.
- 1 Servicio de exámenes psiquiátricos y psicopedagógicos.

- 2 Colonias Sanitarias Infantiles de montaña con 225 plazas.
- 1 Colonia marítima con 300 plazas.
- 320 Comedores Escolares, dependientes del Patronato Nacional de Comedores Escolares, organismo autónomo de cuyas actividades se hablará más adelante, que sirvieron durante el último año académico un almuerzo balanceado a un promedio diario de 59.000 escolares, con un total de 8.700.000 almuerzos en el año.

## PROTECCION SOCIAL DE LA MADRE Y EL NIÑO. EL CONSEJO VENEZOLANO DEL NIÑO.

La protección social de la madre y el niño, es el cometido fundamental del "Consejo Venezolano del Niño", organismo creado en 1936 y convertido posteriormente en Instituto Autónomo con patrimonio independiente del fisco nacional.

Para el sostenimiento del "Consejo Venezolano del Niño", el Gobierno Nacional incluyó en el Presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, correspondiente al año económico 1955-1956, la cantidad de 12,465,030 Bs. En el mismo año el Ministerio de Justicia aportó la suma de 1.378.536 Bs. Los diferentes Gobiernos estatales colaboran en esta obra con aproximadamente, 2.000.000 de bolívares anuales.

La iniciativa privada, que se esperaba hiciese su aportación a este organismo, no se ha materializado hasta el presente. Por el contrario, es el "Consejo Venezolano del Niño" el que contribuye con sumas de consideración al sostenimiento de ciertas instituciones de organización extra-gubernamental.

Las funciones del Consejo son muy complejas, pero de acuerdo con el artículo 45 del Estatuto de Menores de Diciembre de 1949, que es el Código por el cual se rigen sus actividades, pueden condensarse así:

- a) Asistencia y protección de la mujer embarazada, de la madre y del recién nacido, en lo material, moral y jurídico.
- b) Asistencia y protección del lactante y del menor en sus edades pre-escolar, escolar y post-escolar, hasta la edad de 18 años.
- c) Asistencia de los menores en situación irregular.
- d) Asistencia y protección del menor que trabaja.

En el cuadro siguiente se resumen los organismos normativos (centrales) y ejecutivos (locales) que llevan a cabo las anteriores funciones:



## Organismos normativos:

## Organismos ejecutivos:

DIVISION PRENATAL Y  
DE MATERNIDAD

Es la actividad menos desarrollada.  
Prácticamente se limita:

- a) Referencia a las Casas prenatal y post-natal, en Caracas, de iniciativa privada, aunque subvencionadas por el Consejo.
- b) Referencia por el Servicio Social (encuesta y clasificación) a los organismos dependientes del Instituto Nacional de Nutrición. (Comedores Populares, Carnet de compras a precio reducido, etc.).
- c) Concesión de subsidios en metálico a las económicamente débiles.

DIVISION DE PRIMERA  
Y SEGUNDA INFANCIA

- Veintisiete Casas Cunas con un cupo de 1.050 plazas.  
Costo "per cápita" ..... Bs. 4,73
- Quince Unidades Casa-Cuna-Jardín de Infancia. Cupo 1.518 plazas. Costo "per cápita" ..... Bs. 3,70
- Dieciocho Jardines de Infancia. Cupo 1.240. Costo "per cápita" ..... Bs. 3,78

DIVISION DE MENORES  
EN SITUACION  
IRREGULAR

- Una Casa-Hogar para niñas. Cupo 20 plazas. Costo "per cápita" ..... Bs. 10,10
- Cuatro Casas de observación. Cupo 171 plazas. Costo "per cápita" ..... Bs. 12,04
- Diez Albergues y Retenes. Cupo 200 plazas. Costo "per cápita" ..... Bs. 6,24
- Cinco Internados para menores sin trastornos de conducta. Cupo 690. Costo "per cápita" ..... Bs. 7,50
- Tres Internados para trastornos leves de conducta. Cupo 900. Costo "per cápita" ..... Bs. 7,85
- Cuatro Internados para trastornos grave de conducta. Cupo 400. Costo "per cápita" ..... Bs. 7,85
- Una Escuela-taller para Sordos. Cupo 150.

## DIVISION DE SERVICIO SOCIAL.

Su objetivo fundamental es el estudio y solución, en forma humana, técnica y práctica, de los problemas sociales mediante la investigación previa y el estudio de las causas que originan dichos problemas.

Sus principales secciones son:

- a) Pensión de alimentos
- b) Casos jurídicos
- c) Servicio Social Institucional
- d) Sección de colocaciones familiares
- e) Servicio Social de grupo.

El Servicio Social del "Consejo Venezolano del Niño" trabajaba en el Distrito Federal en forma centralizada hasta 1951. En aquella época se crearon, en virtud de un plan de coordinación efectuado entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Consejo Venezolano del Niño y la Junta de Beneficencia del Distrito Federal, Oficinas de Zona que funcionan en los diversos Centros Materno-Infantiles de Caracas y en los Dispensarios de Pediatría.

En todas las Seccionales y Delegaciones del Consejo, que actualmente cubren la totalidad de los Estados de la República, funciona igualmente el Servicio Social, así como en las Instituciones que el Consejo sostiene.

Los problemas que el Servicio Social estudia y resuelve se clasifican así:

- a) Problemas morales.
- b) Problemas médico-sociales.
- c) Problemas económicos.
- d) Otros problemas.

Actualmente el Servicio Social del "Consejo Venezolano del Niño" interviene y resuelve unos 25.000 problemas anuales.

## DIVISION JURIDICA.

El "Consejo Venezolano del Niño", por intermedio de su División Jurídica, de los Procuradores de Menores y de los Consultores Jurídicos, presta a los menores venezolanos los más variados servicios de asistencia jurídica, para el integral ejercicio de los derechos que el Estado les garantiza de acuerdo con el artículo 19 del vigente Estatuto de Menores.

En la actualidad, pasan de 5.000 los casos anuales que son atendidos por la División Jurídica.

## EL ESTATUTO DE MENORES.

Constituye la Ley fundamental que rige, en Venezuela, las diferentes situaciones jurídico-sociales de la infancia abandonada. Se trata de uno de los instrumentos jurídicos venezolanos más favorablemente acogidos en el plano internacional.

Aparte señalar las atribuciones y funciones del "Consejo Venezolano del Niño", el Estatuto de Menores establece, taxativamente, disposiciones legales sobre las materias siguientes:

- Derecho y obligaciones del Estado en lo que se refiere a protección de la embarazada y de la infancia hasta los 18 años.
- Regímenes de adopción, tutela y patria potestad.
- Reglamentación del trabajo de menores.
- Protección intelectual y moral del menor.
- Protección correccional.
- Justicia tutelar de menores.
- Juzgados, Procuradores y Ministerio Público de menores.
- Cortes juveniles de apelación.

## LA INICIATIVA PRIVADA EN PROTECCION SOCIAL MATERNO-INFANTIL.

No sería justo decir que la iniciativa privada se haya desentendido de nuestros problemas sociales. Algunas pruebas tangibles de lo contrario van a exponerse a continuación. No obstante, si puede afirmarse la existencia de falta de coordinación entre el esfuerzo gubernamental y el de los particulares en este campo. Será por esto preciso, en un futuro próximo, que se establezcan nuevas normas que canalicen la aportación particular hacia fines concretos pre-establecidos. De esta manera y por lo que a protección social materno-infantil se refiere, daríamos nuevo impulso al espíritu que presidió la creación del "Consejo Venezolano del Niño". Sin pretender citarlas todas, he aquí una breve reseña de las más conocidas aportaciones particulares a los problemas que nos ocupan.

## CASA PRENATAL MARIA TERESA TORO.

Funciona en Caracas dirigida por la "Asociación Venezolana de Mujeres". Su financiamiento está a cargo de dicha Asociación al que también contribuye el "Consejo Venezolano del Niño". Atiende a las embarazadas carentes de recursos hasta el momento del parto, llenando también una función educativa y procurando el restablecimiento social de la madre. Su capacidad es de 30 plazas. Desde su fundación, en 1936, ha atendido a cerca de 5.000 madres.



## CASA POST-NATAL.

También funciona en Caracas por iniciativa y patrocinio de las "Damas de Acción Católica", contribuyendo a su sostenimiento el Consejo Venezolano del Niño. La Casa Post-Natal ampara legal y materialmente a la madre en su período post-natal durante los seis meses que siguen al parto, procura difundir la lactancia materna, educa a la madre en los cuidados y deberes para con los hijos y la capacita en artes y oficios tratando de incorporarla a la comunidad.

Su cupo es de 30 plazas y desde su inauguración en Diciembre de 1936, ha recibido unas 1.500 madres.

## SOCIEDAD BOLIVARIANA DE DAMAS.

Fué constituida el 19 de Agosto de 1953 y según lo define el Artículo 2º de sus Estatutos "su objeto consiste en procurar por todos los medios posibles, asistencia a la madre y al niño venezolanos y dedicarse además a los otros fines de protección social que la Junta Directiva resuelva ejecutar."

La Presidencia Honoraria de la Asociación corresponde de derecho a la señora esposa del Presidente de la República, de acuerdo con el artículo 13 de los Estatutos.

Tiene su sede central en Caracas y ha establecido Comités Seccionales en cada uno de los 20 Estados de la República y en los dos Territorios Federales. Aunque de creación reciente, esta Asociación ha desarrollado gran actividad. En el primer año de su funcionamiento, se inauguraron o estaban a punto de inaugurarse las obras siguientes:

- 1 Escuela Artesanal para 600 varones a un costo de 4.000.000 de Bs. en cooperación con la Municipalidad y el Gobierno del Distrito Federal.
- 11 Casas Cunas
- 12 Jardines de Infancia
- 9 Parques Infantiles
- 5 Centros Materno-Infantiles
- 3 Estaciones de Leche
- 1 Escuela Artesanal para niñas
- 1 Casa-Hogar para niños
- 1 Escuela-Hogar para niñas
- 1 Casa-Hogar para niñas con trastornos de conducta.
- 1 Comedor escolar.
- 1 Instituto para hijos de tuberculosos.
- 1 Barraca antituberculosa para niños.
- 1 Retén para menores.
- 1 Escuela de Corte y Costura.

Aparte estas obras, diseminadas por todo el país, la Asociación ha concedido diversas ayudas a familias necesitadas, becas estudiantiles, reparto de juguetes y paquetes de ropa y calzado, etc. etc.

#### HOGAR CLINICA "NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE".

Está regentado por los Hermanos de San Juan de Dios y comenzó a instalarse en 1943. Su finalidad es el tratamiento de las deformaciones físicas, congénitas o adquiridas, de niños de 5 a 15 años. Dispone de 80 camas y su promedio de hospitalización es de 65. En el litoral tienen los Hermanos una casa de reposo y recuperación de convalecientes. Se sostiene con contribuciones particulares y de organismos oficiales como la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal. Los gastos de esta institución pasan de 350.000 Bs. anuales.

#### HOSPITAL ORTOPEDICO INFANTIL.

Esta institución, cuya finalidad principal es la lucha contra las secuelas de la poliomielitis, fué creada en el año 1945 y sostenida desde entonces, por la "Fundación Venezolana contra la Parálisis Infantil", asociación de iniciativa privada que organiza anualmente activas campañas de proselitismo para la recaudación de fondos con destino a esta obra.

Comenzó el "Hospital Ortopédico Infantil" a funcionar con un cupo de 24 camas. En la actualidad su capacidad presupuestaria es para 136 camas, siendo 120 el promedio de ocupación diaria. Próximamente será ampliado este cupo a 160 camas.

Los servicios de que consta pueden esquematizarse así:

- a) Consulta externa. Ingreso en la Consulta de Ortopedia. Luego examen rutinario en Pediatría, Neurología, Otorrino, Oftalmología, Odontología, etc.
- b) Servicios quirúrgicos.
- c) Laboratorio
- d) Rayos X
- e) Terapia física
- f) Terapia ocupacional (Telares, manualidades, etc.).
- g) Reeducción
- h) Terapia recreacional
- i) Taller de Ortopedia (Todos los aparatos utilizados tanto en los enfermos externos, como en los hospitalizados, son fabricados en este taller, siendo suministrados gratuitamente. También se realizan trabajos remunerados para

particulares, lo que constituye una real fuente de ingreso para la Institución.

- j) Servicio Social
- k) Escuela primaria
- l) Servicio de Psicometría
- m) Biblioteca.

El costo anual de sostenimiento del "Hospital Ortopédico Infantil" se aproxima a los 700.000 bolívares. El costo diario por enfermo es de Bs. 16,50 aproximadamente, uno de los más bajos de los servicios hospitalarios del país.

### OTRAS APORTACIONES PARTICULARES.

Diferentes organismos, tales como "El Hogar Americano" el "Centro Líbano-Sirio", el "Rotary-Club" y el "Club de Leones", desarrollan diversas actividades encaminadas a la ayuda social del grupo materno-infantil.

La última iniciativa vernácula es la conversión de O.P.A.N. "Organización de Protección al Niño", creada en 1949, en Fundación, para lo cual se ha hecho en fecha reciente una activa campaña de recaudación de fondos. Se propone esta nueva fundación la creación de un Instituto Central en Caracas, de carácter predominantemente médico-psicológico, para seleccionar los menores que fueran a ingresar en la "Ciudad de los Muchachos" que tendría como unidad funcional la "Casa-Hogar". Estas casas-hogares estarían regentadas por matrimonios profesionalmente preparados en pedagogía. Se proporcionaría enseñanza hasta el 6º grado de educación primaria y posteriormente se facilitaría el aprendizaje de una profesión.

### INSTITUCIONES COADYUVANTES EN PROTECCION MATERNO-INFANTIL

Entre éstas merece destacarse las siguientes:

#### A) PATRONATO NACIONAL DE COMEDORES ESCOLARES.

Este Instituto autónomo funcionó hasta hace poco como organismo filial de la División de Higiene Escolar. Actualmente está adscrito al Instituto Nacional de Nutrición. Su finalidad es luchar contra la desnutrición de los niños comprendidos en edad escolar (7 a 14 años).

Funcionan en la actualidad 320 Comedores Escolares, clasificados así:

- 77 en locales independientes contruidos ex-profeso.
- 101 en locales contruidos ex-profeso, pero anexos a Escuelas o Grupos Escolares.



142 en locales debidamente acondicionados.

12 nuevos Comedores ya construidos, serán inaugurados en breve.

El promedio de niños a quienes se suministró diariamente un almuerzo abundante y balanceado, durante el año último, fué de 59.335. El número de cubiertos servidos en igual período se aproximó a los 9.000.000.

El funcionamiento de nuestros Comedores Escolares se rige por las reglas siguientes:

a) Selección de los escolares inscritos mediante examen médico e investigación social que comprueben el estado de desnutrición y la existencia de condiciones económico-sociales precarias en la familia.

b) Administración de un almuerzo bien balanceado en el que estén presentes aquellos alimentos protectores que nunca, o sólo en contadas ocasiones, forman parte de la dieta de los grupos sociales menos favorecidos. Los menús comprenden alimentos insustituibles como leche, frutas, pescado, carne o huevos y proporcionan diariamente 800 calorías y 43 gramos de proteínas.

c) Aprovechamiento de la estancia del niño en el Comedor, para inculcarle hábitos de urbanidad e higiene.

d) Tratamiento paralelo de todos los defectos o trastornos crónicos (parasitosis, caries dentarias, vegetaciones, adenoides, etc.) que coadyuvan o a veces actúan, como factores determinantes en el mantenimiento de la desnutrición.

## **B) INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION.**

El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se ha preocupado, desde hace años, de mejorar el estado nutritivo de la población venezolana. He aquí las denominaciones que han tenido los servicios destinados a tal fin:

1938 — Servicio de Alimentación

1941 — Sección de Nutrición

1946 — Instituto Nacional Pro-Alimentación Popular

1949 — Instituto Nacional de Nutrición.

Estas diferentes denominaciones explican, gráficamente, la evolución del concepto entre nosotros, desde la simple aplicación de medidas directas de mejoramiento de la alimentación por intermedio de Comedores Populares, hasta la actual era científica del Instituto que le ha permitido realizar una labor de investigación y planeamiento de programas completos de nutrición, dentro de la Salud Pública, sin que ello suponga descuido de la antigua "acción

directa", herencia del desaparecido Instituto Nacional Pro-Alimentación Popular.

A pesar de las vastas proyecciones sociales del "Instituto Nacional de Nutrición" no nos ocupáramos en este lugar de él a no ser porque recientemente ha dedicado parte preferente de sus actividades al estudio y cooperación en la solución de los problemas nutricionales de dos grupos particularmente vulnerables: la mujer embarazada y el pre-escolar.

#### Programa de investigación y ayuda a la embarazada.

El plan seguido fué el siguiente:

- a) Investigación de signos clínicos de desnutrición.
- b) Estudios hematológicos, coprológicos y urinarios
- c) Suministro de ayuda nutricional
- d) Posibles repercusiones de esta ayuda.

Duración del estudio: 5 Noviembre 1951 a 15 Julio 1955.

Prenatales controladas: ..... 2.235

Prenatales tabuladas: ..... 1.274

#### Tipos de Ayuda:

a) Suministro diario de dosis suficientes de: Vitaminas A y D, Tiamina, Riboflavina, Niacinamida y Acido Ascórbico, Fe, Ca, Ph, Vitamina B12 y Acido Fólico.

b) Desayunos diarios que suministraban alrededor del 40 % de los requerimientos alimenticios, o suplemento protéico a base de leche descremada y caseína (alrededor de 16 gramos de proteína). Las encuestas realizadas demostraron que el promedio de asistencia a los Comedores fué de 9 desayunos por embarazada-mes y que el suplemento protéico era, la mayor parte de las veces, consumido por los hijos. Por estas razones se prescindió de la tabulación de estos dos tipos de ayuda y solamente se tomó en cuenta la administración de la fórmula polivitamínica.

#### Resultados:

Se formaron los grupos siguientes:

- 1) Prenatales que siguieron el tratamiento menos de 1 mes.
- 2) Prenatales tratados de uno a dos meses.
- 3) Más de 2 meses de tratamiento.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a mortinatalidad, mortalidad neonatal, lactancia materna y promedio de peso y talla al nacer.

El cuadro siguiente recoge las principales diferencias:

	Prenatales Tratadas de 1 mes	Prenatales Tratadas más de 2 meses
Porcentaje de niños con 2.600 gramos o menos al nacer .....	10,4	18,3
Porcentaje de niños de 2.600 a 3.500 grs. ....	70,8	77,7
Porcentaje de niños con más de 3.500 grs. ....	10,9	11,9
Porcentaje de tallas al nacer de más de 50 cms. ....	44,4	55,2
Abortos por 100 prenatales .....	11,4	0,0

**NOTAS:** En el grupo de tratadas solamente de 1 a 2 meses el porcentaje de abortos fué de 1,9. Es evidente la significación estadística del tratamiento en materia de abortos. Igualmente tienen significación estadística el porcentaje de pesos de 2.600 o menos y el de las tallas superiores a 50 centímetros.

Estos ensayos, han determinado al "Instituto Nacional de Nutrición" a extender el suministro de la fórmula polivitamínica a todos los servicios de vigilancia prenatal del país, en fecha próxima.

#### Programas de protección al pre-escolar.

Múltiples estudios vernáculos han demostrado que el síndrome pluricarencial constituye el más importante problema sanitario de nuestros pre-escolares. El "Instituto Nacional de Nutrición" ha ensayado un producto, preparado actualmente por aquel organismo, al que ha denominado P. L. (abreviatura de "producto lácteo") al cual, aparte las proteínas y lactosa de la leche, se le han añadido:

Fosfato de calcio anhidro

Metionina

Glicerofosfato de Hierro

Tiamina, Niacina

Riboflavina

Vitamina B 12

Acido Ascórbico

Vitamina A

Vitamina D

Sabor y aroma artificiales.



En los primeros ensayos, realizados en el propio Instituto, hubo aumento de peso de 1.350 gramos en 17 días con desaparición de pelagra y mejoramiento de la psiquis apática, aumento en más de 800.000 hematies por milímetro cúbico y aumento en 2 grs. de la hemoglobina en el mismo lapso.

Los resultados posteriores, en una experiencia llevada a cabo en grupo de 100 pre-escolares, no fueron tan espectaculares, aunque sí satisfactorios.

Prosiguen actualmente estos estudios y ya está planeada la organización de la campaña de rehabilitación nutricional del pre-escolar en toda la República.

### LA ASISTENCIA MEDICA DEL NIÑO.

Quedaría muy incompleta esta exposición si no consignáramos, aunque de manera muy sumaria, cuales son los elementos con que actualmente contamos para obtener la recuperación de la salud del niño enfermo:

La situación en el año 1937 era ésta:

324 Camas de Pediatría en 7 Instituciones

20 Dispensarios de Pediatría.

En el año 1955 las camas de Pediatría en toda la República se distribuyen así:

1.211 en Hospitales del Ministerio de Sanidad y Estados de la República.

257 en Hospitales de la Municipalidad del Distrito Federal

90 en Hospitales del Seguro Social Obligatorio

187 en Hospitales particulares.

Total en camas de pediatría en 1955 ..... 1.745

En otros términos: Ha habido un aumento global de 1.411 camas de Pediatría en relación con el año 1937.

El número de Consultas Externas o Dispensarios de Pediatría en el año 1955 se discrimina así:

23 en los Hospitales del Ministerio de Sanidad.

394 en Medicaturas Rurales (del mismo Ministerio).

32 en Hospitales Estadales.

18 en Centros del Seguro Social Obligatorio

19 en Hospitales y Dispensarios de la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal.

8 en Maracaibo

10 en otras Ciudades

3 Dispensarios particulares

Total de Consultas de Pediatría en el país ..... 507

Es decir: 487 servicios más que en 1937.

Las cifras anteriores son lo suficientemente elocuentes para

darse cuenta del camino recorrido en asistencia pediátrica en Venezuela. No obstante, aún estamos lejos de haber alcanzado una asistencia médica completa del niño. Baste señalar que en nuestra ponencia a las II Jornadas Nacionales de Puericultura y Pediatría. Valencia 1955. "La Mortalidad Infantil en Venezuela y Caracas" hacíamos notar que, todavía en el año de 1952, el número de defunciones que aparecían bajo la rúbrica de "Causas desconocidas o mal definidas", era de 46 por 100 ocurridas en menores de un año, en la totalidad del país.

Hemos intentado en las páginas anteriores, hacer un objetivo resumen de las actividades que se desarrollan en Venezuela encaminadas a la protección del grupo materno-infantil, tanto desde el punto de vista sanitario, como social. Puede que, a pesar de esta larga enumeración, hayamos involuntariamente, omitido alguna, lo que estaría únicamente justificado por la premura con que hubo de prepararse este trabajo.

---

# Regime Legal de Família Natural <sup>(1)</sup>

Pela Dra. Iette Bomilcar Passarella

Juiz da 5ª Vara de Família

Costuma-se chamar de filho natural aquele havido de pais que não têm entre si quaisquer impedimentos matrimoniais. Se um homem solteiro tem uma ligação com mulher solteira e que não seja sua parente em grau proibido pela lei para se casar, os filhos havidos dessa união se chamam filhos naturais. Se, entretanto, um homem casado tem um filho, que não seja de sua esposa, o produto dessa união tem, em face da lei, a denominação de espúrio. Uma criança havida entre pai e filha, ou entre irmão e irmã (incesto) ou entre sogro e nora, ou entre adotante e viuva do adotado (uma espécie de incesto por afinidade) será igualmente considerado filho espúrio. Se é essa a denominação usada em direito para os filhos, se deverá entender por família natural aquela que se constituiu entre pais desimpedidos de se casarem nos termos da lei brasileira.

Entendo, todavia, que quando se formulou a tese que se devia debater —Regime Legal da Família Natural— não se cogitou de uma distinção técnica. Presumo que em se tratando de um instituto destinado á orientação da infância e da juventude se tenha tido em mira verificar o que faz a nossa legislação para amparar as crianças nascidas de uniões extralegais, quér entre pais impedidos de se casar, quér entre pais livres para fazê-lo, se o quizessem.

Comecemos pela situação que mais se aproxima da família legalmente constituída. Seria o caso de pais solteiros, que depois do nascimento do filho ou de filhos vêm a se casar. O casamento por si so legitima os filhos havidos ou concebidos anteriormente. Estive quasi um ano em Vara de Registro Civil (Vara de Casamentos, como em geral é conhecida) e tive oportunidade de vêr, não uma ou duas, mas várias vêzes, com uma frequência para mim inesperada, casamentos nessas condições. Sentavam-se o noivo e a noiva, cada qual com um filhinho ao colo e muitas vêzes mais um rebento já crescidinho, assistia entusiasmado às bodas dos pais. E, diga-se de passagem, tinha sempre a impressão de que tais famílias se constituíam com mais solidez, uma vez que depois de longo convívio ainda pretendiam legalizar a situação, tornando mais forte o vínculo entre êles.

---

(1) Trabajo presentado al Seminario de Protección a la Infancia del Brasil, inaugurado el 15 de octubre de 1955. (Boletín Nº 115, de diciembre de 1955, pág. 943).



É interessante notar, que a legitimação do filho pelo casamento do pai não retroage à data do nascimento, mas por uma ficção da lei, a data do nascimento é que se considera protraída ao dia da consagração. Assim as heranças que se abrem depois do nascimento porém antes da legitimação do filho pelo casamento não o atingem. Suponhamos que A é filho de B e de C, ambos solteiros. Abre-se uma sucessão, que aproveitaria a A se éste fosse filho legitimado de B e C. Não pôdem seus pais então se casar para que A. receba a herança, porque por uma ficção da lei, considera-se o filho legitimado, como se êle tivesse nascido na data do casamento dos pais.

Esta é a única fórmula em nosso direito para se legitimar um filho: casamento posterior dos pais.

Um filho legitimado tem, desde a data do casamento dos pais, direitos iguais aos dos filhos legítimos.

O dispositivo que permite a legitimação dos filhos pelo posterior casamento dos pais, já nos veio do Direitito Romano e constitue como que um convite à volta à legalidade: "Venham se casar e nós daremos a seus filhos todos os direitos assegurados aos filhos legítimos".

Vejamos uma segunda situação: Filhos havidos da união de homem e mulher desimpedidos juridicamente para o casamento. Tais filhos podem ser reconhecidos expressamente pelo pai. Para tal basta que seja ele o declarante do nascimento do filho e faça constar seu nome como pai da criança registrada.

Se o pai pretende fugir à sua responsabilidade cabe à mãe, enquanto os filhos são menores, ou aos próprios filhos, depois dos 21 anos, propôr uma ação investigatória de paternidade para obter assim que se faça constar o nome pai ao lado do registro de seu nascimento, adquirindo assim todos os direitos de um filho reconhecido, inclusive alimentos. Deverá ficar provado que o pai e a mãe viviam em concubinato por ocasião da concepção do interessado.

Restará ao pretense pai a prova em contrário ou o laudo médico que afirme a sua impotência generandi.

Situação já mais complicada: filho havido da união de homem casado com mulher solteira. Nesse caso a lei, embora defendendo o matrimônio, base da família legalmente, permite ao filho venha a juízo pedir, em segredo de justiça, alimentos ao pai que o desamparou. Também aos outros filhos espúrios fica resguardado igual direito.

Não lhes será possível obter que seja declarada sua paternidade, mas obterão uma pensão alimentícia, que lhes permita viver razoavelmente.

É interessante notar que, quando se trata de homens casados —já tem acontecido em minha vara— a ação de alimentos se torna mais facil. O homem casado, assustado com a situação extra-legal

em que se meteu, ajuda muito a justiça na manutenção do segredo e logo, ma primeira audiência se compromete a alimentar o filho adulterino nas bases legais, principalmente quando se trata apenas de uma aventura, da qual já se acha então arrependido.

Era o máximo que a lei permitia ao filho espúrio. Hoje, entretanto, nova conquista jurídica tornou mais amparados os filhos adulterinos, permitindo seu posterior reconhecido, uma vez desfeito o vínculo conjugal pelo desquite ou pela morte de um dos cônjuges. Tornou-se então possível o reconhecimento de filhos adulterinos, equiparandose assim, pela primeira vez, o filho natural a uma das espécies de filho espúrio.

O casamento nulo dá direitos de filhos lógicos, aos havidos na sua vigência, uma vez que não se trate de filho espúrio.

Resumindo: Nossa lei prevê duas hipoteses, ou, melhor, separa em duas classes os filhos havidos fora do casamento: filhos naturais e espúrios. Os naturais podem ser legitimados pelo casamento ou apenas reconhecidos.

Os legitimados teem os mesmos direitos do filho legítimo; os reconhecidos teem seus direitos limitados: 1o. — são contemplados na herança com uma quota que corresponde à metade daquela conferida aos filhos legítimos ou legitimados; 2o. — podem se ver privados da companhia daquele que o reconheceu, desde que o outro cônjuge não os queira receber no lar conjugal. Apenas uma das espécies de filhos espúrios, isto é, os adulterinos podem, depois de desfeito o vínculo conjugal ser reconhecidos pelo pai ou pela mãe, agora livre.

Uma das grandes conquistas com relação aos filhos naturais foi a proibição de constar nos registros de nascimento a circunstancia de ser ou não legítima a filiação, tirando assim do filho natural o constrangimento de ter que apresentar certidão que durante toda sua vida o aponte como fruto de união extralegal.

A lei de Accidentes do Trabalho, que se adiantou em tudo à legislação comum, equipara para efeito do recebimento de indenização correspondente a acidente sofrido no trabalho pelo operário, o filho natural ao legítimo e a concubina à esposa. A tal ponto que a concubina, lançada como tal, na carteira de trabalho tem direito à indenização mesmo quando a esposa ainda vive e ainda que desquitada, uma vez que tenha abandonado voluntariamente o lar conjugal. É razoavel o dispositivo, uma vez que a situação legal não importa. Quem é economicamente prejudicado pela morte do operário é evidentemente quem vivia às suas expensas. Esposa ou concubina, filho legítimo ou natural, a lei não distingue.

Estudemos agora o direito de guarda dos filhos naturais. A lei estabelece que o filho natural, não reconhecido, fique sob a responsabilidade da mãe. Entretanto se é reconhecido, deverá ser entregue ao pai, que cuidará de sua educação. Abre porem uma válvula

que nos traz grande responsabilidade, quando diz que "no interesse do menor, o juiz póde decidir de outra forma". E aqui ficamos nós em grandes dificuldades. Devemos verificar em que condições viveria a criança em companhia do pai e qual seria sua situação se a entregássemos à mãe? Não nos dão assistentes sociais, que apenas funcionam em varas de menores, sendo necessário que se façam diligências no sentido de verificar qual o melhor ambiente para a criança. Durante as audiências, ouvimos testemunhas de ambas as partes, conversamos em público e em particular com os interessados, chamamos as crianças, quando já maiorzinhas para dizerem que vida levariam com o pai ou qual é o ambiente em que as educa a mãe, e algumas vêzes chegamos a uma conclusão e o problema está resolvido. Outras vêzes, só mesmo visitas às duas residências, tornará claro qual delas é a preferível.

Tivemos ha pouco tempo o caso de um cégo, que desconfiado com a companheira, que supunha traí-lo, tomou-lhe as filhas — 4 meninas de 2 a 6 anos — e dando a menorzinha para um companheiro casado, também cégo, colocou as outras no que êle chamava um "colégio". A mãe veio se queixar que as filhas estavam mal tratadas e foi necessário ir verificar. O colégio não passava de um asilo, dos menos confortaveis, embora irmãs de caridade se esforcassem quanto podiam para tornar o ambiente agradável. Contava-se com pouco dinheiro, prédio pequeno, onde se deviam alojar centenas de crianças de ambos os sexos. Encontrei as três meninas muito inseguras, falando baixinho, tristíssimas e muito saudosas da mãe. Soube que o pai muito raramente as visitava e que mãe o fazia todos os Domingos. Manifestaram um grande desejo de sair do asilo para a companhia da mãe. Satisfiz-lhe a vontade, com a aprovação da Superiora que compreendia perfeitamente a necessidade de carinho materno, sentida pelas meninas.

Alguns meses depois — as meninas vinham a meu pedido frequentemente à minha vara — nova complicação: o pai reclamava que as meninas viviam sem conforto e em ambiente pouco decente, privadas de alimentos e sem roupas adequadas. Nova diligencia. O advogado do pai me acompanhou. Depois de uns 50 minutos de viagem, chegámos a uma ruazinha sem calçamento, enlameada e no endereço indicado encontramos, logo na entrada, as três meninazinhas. A mais velha veio ao meu encontro muito contente e logo correu a avisar a avó: "Sabe quem está aí, a juiza, nossa amiga, veio nos visitar". Conduziu-nos depois por um terreno cheio de altos e baixos a uma casinha pequena no meio de muitas outras semelhantes mal acabadas e incomodas. O advogado acostumado a apartamentos de luxo e a "gente bem" ficou horrorizado: "Que casa, que lugar horrivel. A Sra. viu onde dormem as pequenas? Junto com a avó num quatinho que não tem as medidas exigidas pela Prefeitura. Estão de chinelos e com as roupinhas remenda-



das. Na mesma casa, vive um casal de pretos". Eu não lhe dizia que o asilo era preferível?" E acrescentou: "Veja como andam soltas na rua, sem qualquer vigilância." Eu não podia responder perto das crianças. A vovó me olhava assustada. "Deixemos os comentários para depois", sugeri.

Na saída nos ofereceram almoço e a nossa alegação de que não estava no nosso horário, estranharam: "Os Sres. comem quando está na hora. Nós, não. Comemos quando estamos com fome". O advogado comentou: "Que gente exquisita".

Como explicar ao jovem causídico, pouco conhecedor, das dificuldades da vida, que me contou no caminho que sua filhinha só tomava banho quente, andava sempre de sapatinhos e protegida pela babá que as carinhas das três meninas diziam muito mais do que quaisquer indagações. Quem lhe poderia fazer compreender três carinhas coradas, tres meninazinhas livres e palradoras nos indicam melhor o caminho a seguir? Como convence-lo de que não se colocam no asilo crianças que teem mãe que as quer e que só trabalham com o objetivo te-las consigo? Como explicar-lhe que a vida não se faz de roupas e alimentos? Em todo caso, a lei me dava o arbitrio e as meninazinhas continuam com a mãe, gozando os benefícios das crianças que não são olhadas demais, mas se sentem acolhidas pela mãe e que sabem que são amadas a despeito da lama, da casa esburacada, dos vestidos rotos, sem babás de perneio.

Temos feito muitas dessas diligencias. Mas evidentemente precisavamos de assistentes sociais que em todos os casos em que houvesse dúvida, melhor do que nós investigariam as condições de vida dos menores que ficam sob nossa responsabilidade. Um melhor conhecimento de psicologia e de relações humanas; maior probabilidade de se pôrem em contacto com as partes, uma vez que não representam a perigosa autoridade com a qual somos obrigados a nos identificar logo na chegada; possibilidade de um maior número de visitas e informações portanto melhores e mais detalhadas.

Ha pouco tempo tivemos um caso também interessante. A companheira de certo individuo pediu a guarda da filhinha de ambos, uma vez que pretendiam se separar. Como o pai não se opuzesse foi lhe confiada a menina de 3 anos. Ficou estabelecido que o pai levaria a menina a passeio dois domingos por mês. Logo na primeira visita, pôrem, tudo se complicou. A meninazinha se negava a acompanhar o pai, se mostrou desesperada e afinal caiu doente no dia seguinte depois de um passeio mais ou menos forçado. A mãe juntou a declaração de um médico que afirmava que a criança se tornara febril em vista da emoção sofrida, aconselhando que se suspendessem as visitas. Estranhei o fato. Uma criança de 3 anos tão desligada do pai a ponto de adoecer por ter sido por êle levada a passeio. Eu conhecia o pai e nada vira nêlo que acusasse qualquer

sintoma de anormalidade. Seria justo afastá-lo da filhinha sem investigar a causa de seu medo? Preferi fazer uma visita à menina. Fomos encontrá-la brincando numa áreasinha da casa. Quando nos viu teve uma crise de nervos e chamando a vovó desesperadamente dizia: "Vão me levar, vão me levar". Depois de uma conversa difficilima com a avó da menina (a mãe estava no trabalho), pessoa de nenhuma cultura e de grande agressividade, compreendemos que ela assustava a criança, dizendo que o pai era perigoso e que ia maltrata-la. A menina vivia como um animalzinho assustado com a mãe e a avó, impossibilitada de brincar com outras crianças, por não haver residências nas proximidades (moravam numa casa de guarda para material de construção). A avó disse horrores do pai da menina na sua presença sem se incomodar com a nossa oposição a assunto tão impróprio para ser tratado na presença de crianças. A menina declarou que gostava de brincar sózinha, que detestava crianças, que não queria amigos e desejava viver só com a vovó. Não gostava de passeios. Quando a avó saía da sala ela a acompanhava, gritando horrorizada de permanecer conosco. Não houve explicações que convencessem a avó de que estava prejudicando a neta. A nova tentativa de visita por parte do pai foi igualmente um fracasso. Foi preciso entregar a criança ao pai, embora nessa idade a mãe lhe fôsse mais necessária. Há já alguns meses está com ele. Foi me levada à Vara. Chegou bem mais calma, sem aqueles olhos alucinados que nos impressionaram da primeira vêz. Contou-me que estava contente e que já tinha amiguinhas com as quais sempre passeava. "Vive agora com o pai e a avó paterna e está em observação por médico competente. A mãe saiu da minha sala de mãos comportado razoavelmente. A menina saiu da minha sala de mãos dadas com o pai e muito risonha, com um vestidinho exageradamente caro para as posses paternas, evidentemente feito para exhibir em juízo. Eles supom que as roupas é que são observadas.

É verdade que o nosso arbitrio tem um limite. Nossas decisões pódem ser modificadas pelo Tribunal. Uma das partes não se conforma com a nossa decisão e recorre para uma das camaras. Então acontecem cousas incriveis. Lá de cima, longe do cenário, onde a peça se desentolou, desconhecendo a ambiente, nunca tendo visto os pais que se degladiam em torno da presa inocente, nunca tendo convivido com as crianças cujo destino estava colocado em nossas mãos, os srs. desembargadores determinam: "devolva-se o menor à mãe, ou: a criança ficará melhor com o pai". E então rolam por terra diligências, testemunhas, estudos psicológicos e se ordena, sem qualquer respeito pelas emoções infantís que dois soldados se dirijam a residência do vencido e tragam à força a criança, que é entregue ao vencedor. A taça da vitória não sempre suporta sem graves prejuizos para seu desenvolvimento psíquico a brusca mudança de ambiente. Mas, quem indaga das reações infantís? Ela a

criança se acostumará ao novo ambiente o mais tarde compreenderá que foi necessário. Será assim?

Ainda há pouco tive uma surpresa quando soube que reformando decisão minha, o Tribunal mandou entregar à mãe, personalidade com reações psíquicas visivelmente mórbidas incapaz para ter consigo os filhos, conforme depoimento de seus próprios progenitores, 3 criancinhas indefesas. Estas crianças estão sendo procuradas por todo país e as autoridades policiais encarregadas da diligencia estão autorizadas a tira-las de qualquer forma da guarda do pai a quem eu as confiara.

A lei entretanto é favoravel aos interesses de criança, quando estabelece que decisões relativas a sua guarda e a regimens de visita, não são nunca definitivas. Podem ser modificadas desde que a situação se modifique ou desde que o julgamento entenda que não sendo tratadas como deviam. Os processos não morrem. A situação se modifica tantas vêzes quantas fôr necessário. A lei se torna flexivel para satisfazer aos interesses de criança, zelando para que um engano, uma errada compreensão do julgador não coloque o menor irremediavelmente em ambiente que não lhe seja propício.

---



## Considerações em torno dos problemas dos menores transviados <sup>(1)</sup>

Pelo Dr. Vasco Vaz

Psiquiatra do Serviço de Assistência a Menores

A nossa preocupação ao realizar esta pesquisa fundamenta-se no interesse de focalizar o problema do menor transviado em nosso meio, e, com isto, procurar atrair a atenção daqueles que se interessam de uma forma especial, pelo referido problema para certos aspectos particulares que possuem em nosso país, muito embora saibamos, de antemão, que a solução do mesmo se estabeleça como uma tarefa praticamente insolúvel — pelo menos no momento e, lamentavelmente por longo tempo ainda — nada obsta que nos esforcemos para coligir alguns dados que possam ser valiosos no momento oportuno. Quando salientamos a inviabilidade da referida solução em tempos próximos, o fazemos baseados mais na severidade dos fatores determinantes do surgimento de tão relevante problema em nosso meio, que na insuficiência das nossas próprias possibilidades de solucioná-lo, com os recursos que possuímos, ainda mesmo que estes recursos sejam decuplicados.

O problema do menor transviado é um problema universal e o é porque a totalidade daqueles indivíduos que o faz aparecer é constituída justamente por elementos que, normalmente, vivem um período vital caracterizado pela sua elevada instabilidade emocional. O adolescente mesmo quando amparado pelas melhores condições de apoio material e humano, mesmo que seja cercado de atenção carinhosa e compreensiva, é passível de se desajustar com uma facilidade muito maior que qualquer indivíduo, em qualquer outra fase da vida. Este fenómeno que estabelece em virtude de constituir a adolescência um período de transição, momento em que a personalidade explode dos arcaibouços construtivos de vida infantil, e se projeta de forma desorientada no mundo que descobre diante de sua visão deslumbrada; aguilhoado a um tempo pelo afã de se libertar das cadeias da tutela familiar, e empolgado pelo desejo de se afirmar, de aparecer, de possuir recursos materiais que lhes permitam gozar todos os prazeres e benefícios que ele sonha e

---

(1) Trabajo presentado al Seminario de Protección a la Infancia del Brasil, inaugurado el 15 de octubre de 1955. (Boletín Nº 115, de diciembre de 1955, pág. 943).

que ele assiste serem desfrutados por outros séres em sua vizinhança, o adolescente é frequentemente projetado por caminhos que o levam a colidir com as disposições legais.

Outro fator de grande importância capaz de fazer com que o adolescente transgrida as normas que lhe são impostas é a constatação que verifica da discrepância existente entre aquilo que lhe foi ensinado como sendo o comportamento ideal e a realidade verificada na atuação daqueles indivíduos, ou grupo de indivíduos, com que é forçado a constatar diariamente. Lamentavelmente o jovem verifica que nem sempre o bem supera o mal e que, frequentemente os elementos mais sagazes e menos honestos levam a melhor nesta competição tremenda da vida de todos os dias; se tais aspectos confrangem e desalentam mentalidades amadurecidas em estudos de seus fatores etiológicos, no que se refere aos adolescentes esta aberração da conceituação de premio e fracasso tem um efeito catástrofico, porque na alma do jovem o senso de justiça alcança relevâncias nunca suspeitadas. Intervem ainda neste particular como fator tendente a facilitar grandemente o desvio do indivíduo das normas equilibradas de conduta, o fato da sociedade emprestar um valor exagerado ao conceito de propriedade, com um apêgo extremado à noção de direito individual; e é assim que vamos encontrar uma incidência maior do comportamento delituoso nos atentados contra a propriedade e contra a integridade física, incluindo os delitos de natureza sexual.

Uma decorrência desta hipertrofia do conceito do direito individual é a tendência que leva a coletividade a se pronunciar sistematicamente pela punição imediata, e por vezes severa em demasia, daqueles elementos que tiveram a infelicidade de tropeçarem de encontro aos seus postulados de justiça; e, frequentemente, faz de uma forma eminentemente subetiva sem se deter em considerações etiológicas, isto é, nos fatores determinantes de ação culposa, elementos estes que, na maioria dos casos, possuiriam um valor atenuante e que poderiam condicionar uma consideração mais justa, equilibrada e compreensiva com referencia ao trato que se deveria dispensar aquele que errou.

Neste afã de preservar os seus sagrados direitos, a justiça dos homens age por vezes de forma eminentemente injusta, exagerando as suas disposições punitivas.

Militamos entre aqueles que se batem mais pela tarefa de recuperação do individuo, recuperação esta que se torna possível, numa grande maioria de casos, desde que sejam eliminados os possíveis fatores etiológicos condicionantes do desajustamento, e desde que se proporcione ao individuo meios e recursos para que se sinta integrado ao ambiente social em que vive.

Com referência ao menor transviado então o problema do condicionamento da recuperação é mais que uma preocupação: é um

dever da mais elementar justiça, desde que considerem a plasticidade do material humano a ser trabalhado, e que, por isso mesmo, permite a expectativa de um índice muito alto de recuperação. Quando mais não fôsse, se considerarmos a elevada incidência dos casos de desajustamento no grupo dos adolescentes, (no nosso caso 29.87 %), bastava para encorajar-nos em tão relevante tarefa, a utilidade que poderia redundar para o terreno do aumento de nossa capacidade produtiva o aproveitamento da massa de energia utilizável, que se perde na inatividade e no desinteresse para com o trabalho.

Logicamente a nossa primeira preocupação foi orientada no sentido de verificar a existência dos múltiplos fatores que são capazes de determinar o desajustamento, para depois ocuparmo-nos com as manifestações mesmas do referido desajustamento. Vale aqui esclarecer que os dados utilizados na elaboração do presente trabalho fôram obtidos, em sua quase totalidade, através da entrevista a que é submetido todo o menor transviado no Serviço de Assistência a Menores, a fim de que possam ser examinadas as condições gerais do seu psiquismo; assim sendo alguns dos dados apurados carecem, possivelmente, da exatidão desejável nesta espécie de pesquisa; em outros aspectos, no entanto, principalmente naqueles que dizem respeito, estritamente, à pessoa do menor, estes dados são perfeitamente aceitáveis. No transcurso das nossas apreciações teremos a oportunidade de ressaltar aqueles aspectos que carecem da fidedignidade ideal, fenômeno que se constitui, por vezes, em elementos de valor na arquitetura da própria problemática do menor.

Passando em revista a série dos fatores capazes de condicionar o desajustamento do adolescente encontramos entre o seu elevado número e, ocupando lugar de destaque indiscutível, o pauperismo; parece-nos tão grande a sua significação que os demais fatores quase que em sua totalidade se estabelecem como corolário lógico; assim é que vemos os lares se desmantelarem, por separação dos cônjuges devido a atritos frequentes entre os mesmos, e, também por falecimento de um ou de ambos; a irregularidade da frequência a escola; a utilização defeituosa dos momentos de lazer, os maus companheiros com os seus exemplos perniciosos; os ambientes deletérios de favelas e cortiços com suas cenas frequentes de rixas, crimes e prostituição. Se se há de inculpar a alguém pelos deslizos, ou mesmo pelos crimes cometidos pelos menores, acreditamos que não devemos voltar tódá violência da nossa capacidade punitiva para o realizador circunstancial do delito. O problema é extraordinariamente complexo e só deve ser encarado com o senso de equilíbrio e de justiça por quem tenha a preocupação preliminar de ser ineirar da dinâmica sócio-emocional dos fatores, que faz colidir inexoravelmente as esferas de direitos individuais determinando o conflito.

Na base de todo o crime vamos encontrar, inevitavelmente situações características de insegurança, inferioridade e frustração que determinam como consequência lógica o nascimento dos impétos reivindicadores de compensação e de auto-gratificação. Some-se a tudo isto o caráter naturalmente agressivo da personalidade juvenil e sómente assim poderemos compreender as razões que fazem com que um jovem se afaste do caminho reto da justiça e do dever.

Feitas estas considerações preliminares passemos a examinar o grupo de menores transviados do S.A.M. no ano de 1951.

O Serviço de Assistência a Menores prestou assistência a 1660 menores em 1951, sendo que deste total apenas 496 (29.37 %) eram transviados.

Destes transviados vamos ver que a quase totalidade pertence ao sexo masculino que são em número de 432 (87.09 %) contra apenas 64 (12.90 %) do sexo feminino.

Quem lida frequentemente com menores transviados tem a impressão de que existe uma predominância absoluta dos elementos de côr entre os mesmos; nesta nossa observação vamos verificar que pelo menos neste grupo examinado, tal fato não se dá, por isso que encontramos 234 (47.17 %) de brancos contra (25.60 %) de pardos e 135 (27.21 %) de pretos; mesmo que somássemos os dois últimos sub-grupos sob a denominação de mestiços teríamos uma predominância, é bem verdade, mas mesmo assim não é muito significativa, pois teríamos 262 (52.82 %) de mestiços contra 234 (47.17 %) de brancos.

As diversas idades com que os menores se viram implicados em artigos do Código Penal distribuem-se entre os limites extremos de 11 a 20 anos, sendo a sua incidência mais acentuada ao nível dos 17 anos com 189 menores (38.10 %) seguidos dos menores de 16 anos em número de 128 (25.80 %). Este achado vem confirmar a expectativa e assinalar o ponto crítico em que os adolescentes se mostram presas mais facilmente da instabilidade característica do grupo sujeitos a solicitações de toda a natureza, depois de haverem tentado alcançar os recursos materiais de que necessitarem, depois de uma tentativa, geralmente frustrada de consegui-los através do exercício de uma atividade produtiva. Desde já estabelece-se a evidência do imperativo de uma Orientação Profissional tecnicamente dirigida e amparada pelos recursos da Assistência Social, disposição esta que —estamos certos— evitaria o afluxo tão intenso destes jovens à hostes dos desajustados sociais.

Julgamos do maior interesse ilustrativo a verificação da incidência dos diversos artigos do Código Penal em que se viram implicados os menores por nós examinados. Verificamos assim que a grande maioria viu-se implicada em atos lesivos à propriedade privada, é, assim tivemos como incursos no Art. 155 do Código Penal um total de 206 (41.53 %).



Em segundo lugar, em ordem de intensidade, temos 144 menores (29.03 %) incursos no Art. 129 com agressões e ferimentos leves, inclusive atropelamentos por bicicleta quando na descum-bência de suas obrigações como ciclistas de casas comerciais.

Em seguida, com uma incidência muito menos acentuada, temos o grupo de 22 menores (4.40 %) responsabilizados por agressões sexuais com desvirginamento; mais de 50 % destes menores negam a autoria do ato delituoso, e uma minoria se mostra com disposição para reparar o mal pelo casamento.

Em ordem de frequência aparecem então os menores implicados em casos ligados à contravenção "jôgo de bicho" incursos no Art. 58 15 Letras A e B da Lei 6259/44; destes menores, que alcançam um total de 21 (4.23 %) muito raramente exerciam uma atividade aberta dentro da referida contravenção; em grande parte transportava de um "ponto" para outro, envelopes fechados contendo movimento das apostas, ignorando o conteúdo dos mesmos. Muitos destes menores alegam que foram detidos por haverem erguido do solo embrulhos e envelopes que individuos deixaram cair quando perseguidos pela Polícia.

E em número de 19 (4.03 %) aparecem os implicados da Lei de Economia Popular, a respeito de que teremos oportunidade de emitir nossa opinião linhas mais abaixo; 17 (3.40 %) foram detidos por porte de arma e 12 (2.40 %) por serem encontrados na direção de veículos sem se encontrarem legalmente habilitados; neste último grupo está incluída a quase totalidade daqueles menores pertencentes a famílias cujo nível econômico pode ser considerado bom. A incidência dos implicados em crises de morte (Art 121) é relativamente baixo, alcançando a cifra de apenas 7 menores ou seja 1.41 %.

No que diz respeito à procedencia dos elementos componentes do grupo vamos encontrar uma predominância absoluta dos naturais do Distrito Federal com uma cifra de 251 (50.60 %), Minas Gerais em 49 (9.87 %), Espírito Santo com 27 (5.44 %) e São Paulo com 10 (2.01 %).

Dentro deste quadro vamos encontrar um grupo de 11 menores de nacionalidade portuguesa que aqui foram incluídos em sua quase totalidade em virtude de se acharem incursos em Artigos da Lei de Economia Popular, por serem encontrados vendendo artigos com preço alterado ou mercadorias deterioradas. Já tivemos em varias ocasiões, oportunidade de manifestar o nosso desejo de que estes aspectos muito justo de zelo das autoridades pela bolsa e pela saúde do povo, sofressem uma não menos justa modificação no que faz referência aos menores. Tudo faz supor que a responsabilidade única caiba inteiramente ao proprietário do estabelecimento comercial. Uma coisa é certa: é a revolta muito justificada que empolga

o menor colhido nas malhas da lei quando se encontrava entregue a uma atividade produtiva e que, no seu senso de justiça próprio sabe que foi detido quando no cumprimento do dever e sob a responsabilidade de terceiros.

No que tange à localização dos elementos constituintes do grupo dentro da paisagem ambiente vamos vêr que a sua maioria reside no subúrbio ou seja 182 (36.69 %) e nos bairros 165 (33.26 %) em sua quase totalidade em favelas e cortiços, contra 47 (9.47 %) que moram na zona central e 23 (4.53 %) na zona rural.

A nossa atenção se volta agora para a família do menor transviado e aqui vamos encontrar dados muitos significativos, a começar pelo seu padrão econômico.

Nêste particular constatamos que 447 (90.12 %) dos menores pertencian a famílias com nível econômico precário, contra 42 (8.46 %) com nível econômico satisfatório, e apenas 7 (1.41 %) pertencentes a famílias com bom nível econômico.

Referimo-nos agora aos informes fornecidos pelo menor quanto à constituição civil de sua família: 431 (86.89 %) informaram que sua família era legitimamente constituída, contra apenas 60 (12.09 %) de ligações ilegítimas e 5 (1 %) que declararam ignorar o estado civil de seus genitores. Este aspeto, no entanto, vem confirmar outra asseveração feita linhas acima em que citamos o sentimento de insegurança e a frustração como elementos básicos de desajustamento, por isso que êles determinam o surgimento de um movimento correspondente de auto-compensação e de auto-affirmação.

Dêste aspecto podemos inferir quão desalentadora possa ser para o individuo a constatação de que a sua família não está estruturada em moldes que lhes permitam alçar a cabeça para sentir que não é um filho espúrio, e que possui sim, um pai que lhe dá apoio protetor e a mãe que lhe dá atenção carinhosa.

No que concerne à orfandade verificamos que 150 menores (30.24 %), perderam os genitores e 107 (21.57 %) perderam as genitoras em idades diversas sendo, no entanto, doloroso verificar-se que a grande maioria foi privada da assistência, dos seus genitores quando não havia ainda alcançado a idade que lhe permitisse buscar e prover o seu próprio sustento.

No que se refere aos antecedentes mórbidos familiares preocupamo-nos principalmente com dois aspectos: o terreno psicopático e etilismo dos genitores; num grupo vamos encontrar 54 casos (1.09 %) em cujos antecedentes encontramos o relato de casos de distúrbios na esfera psiquiátrica.

Dentro do problema dos antecedentes alcoolicos julgamos também não existir a fidelidade ideal no sistema de informações por parte do menor porque a incidência está muito a quem da expectativa apesar de verificarmos a cifra de 146 casos (29.42 %)

sendo 103 casos (2.94 %) de etilismo moderado contra 43 casos (8.65 %) de etilismo inveterado, sendo que apenas em 3 casos (0.60 %) ambos os genitores se achavam incluídos como alcoólatras contumazes.

Ainda preocupados com os fatores condicionantes do desajustamento do menor, decorrentes de sua vida no ambiente familiar procuramos averiguar a incidência dos castigos corporais subministrados com finalidade corretiva.

Verificamos assim que 147 (29.64 %) dos menores acusavam diversas pessoas de os haverem submetido a castigos físicos. Como vemos, apesar de ser de se lamentar que tais processos educacionais ainda sejam utilizados, se considerarmos a precariedade da formação cultural dos responsáveis, por tais comportamentos podemos concluir que tal incidência é relativamente fraca.

Uma consequência natural e decorrente do mau trato sofrido no ambiente do lar é a fuga. Independentemente daqueles 13 menores que se apresentaram como não tendo residência fixa fomos encontrar outros 11 (2.21 %) que se afastaram definitivamente de suas residências por não encontrarem ali condições que lhe permitissem uma possibilidade de acomodação; e nesse pequeno grupo vamos encontrar dois menores com 10 anos de idade, verdadeiras presas fáceis para as mais graves formas de desajustamento.

Para completar o quadro devemos acrescentar 3 menores que foram expulsos de casa, sendo um pelo próprio pai e dois pelos respectivos padrastos.

Entre os fatores atinentes aos próprios antecedentes pessoais do menor constituiu uma das nossas preocupações a verificação da incidência da enurese noturna no grupo de menores examinados; não é aqui momento oportuno para fazer considerações a respeito da multiplicidade dos fatores etiológicos capazes de determinar o surgimento dos casos de enurese noturna, que variam desde a epilepsia até a simples negligência nos processos educacionais da criança.

Considerando que os casos de epilepsia diagnosticados dentro dos componentes do grupo examinado são realmente poucos numerosos, podemos avançar a hipótese de que a principal responsabilidade por um índice tão elevado de enurese noturna, no grupo dos menores transviados se deve provavelmente ao pouco cuidado nos processos de orientação educacional desses menores no ambiente dos lares; sem dúvida alguma podemos admitir, também que tal distúrbio se apresenta como uma das manifestações do próprio desajustamento emocional de que é portadora a maioria desses menores.

Encontramos também 70 casos (14.11 %) de menores que sofreram perda súbita de conhecimento, sendo 37 (7.45 %) em função

de causas diversas, incluindo-se nêsse grupo os portadores de mal epiléptico que, conforme dissemos acima, se apresentam em uma porcentagem muito reduzida. Tivemos um caso de insolação e os 32 (6.45 %) casos restantes sofreram perda do conhecimento em virtude de comoção cerebral provocada por traumatismos violentos como quedas, atropelamentos ou pancadas no crânio."

A nossa seguinte preocupação diz respeito à vida escolar do menor, que, de uma forma efetiva, frequentaram a escola, e aqueles que jamais a frequentaram, e que apenas ingressaram sem, no entanto, realizarem uma frequência regular; encontramos assim uma proporção de 379 (76.41 %) para os primeiros, isto é, para os que frequentaram, contra 117 (23.59 %) que não frequentaram regularmente, ou nunca mais e por isso, não alcançaram alfabetizar-se. Aparentemente a proporção é encorajadora pois vemos pelas cifras conseguidas que um pouco mais de 2/3 do grupo beneficiou-se com o aprendizado escolar; mas, continuando a examinar o comportamento do grupo perante a frequência escolar, encontraremos novas perspectivas que não são nada satisfatórias, visto dos 379 (76.41 %) que ingresaram na escola apenas 48 (9.67 %) cursavam até a data em que, por um motivo ou outro, vieram ter ao S.A.M.; e ainda mais, do mesmo grupo de 379 nem todos dedicaram um lapso de tempo considerável à sua tarefa de aprendizagem, y visto que 150 elementos (32.05 %) dêste grupo não permaneceram além de 4 anos frequentando os estabelecimentos escolares.

Desejamos então verificar em que idade teria sido mais frequente a interrupção da vida escolar dêsses menores e, de acôrdo com a expectativa, verificamos que a maioria interrompeu o curso em idades próximas dos 14 anos, época em que, premidos pela necessidade de auxiliarem, de alguma forma, a manutenção dos seus lares, são forçados a abandonar as atividades escolares e partir em busca do primeiro emprego.

A vida sexual dos menores componentes do grupo examinado apresenta também aspectos interessantes; assim é que considerando o ambiente em que viveram até à data em que foram encaminhados ao S.A.M., era de se esperar que a sua idade de iniciação na vida sexual fôsse precoce, e que o número dos sexualmente iniciados predominasse francamente sobre os não iniciados. Verificamos, com surpresa, que tal fato não se dá e que a proporção é de 46.17 % de iniciados contra 52.82 % de não iniciados, restando um pequeno grupo com experiências sexuais precoces.

Com referencia aos menores do sexo feminino, que como vimos inicialmente constituiu um grupo de 64 individuos no total examinado, verificamos que destas menores 23 (4.58 %), por um motivo ou por outro, já haviam iniciado a sua vida sexual em idades que oscilam entre 12 e 17 anos.



Finalmente procuramos examinar sob os diversos angulos, a attitude dos menores componentes do grupo perante o trabalho. Inicialmente verificamos que 73 (14.71 %) menores do grupo examinado jamais exerceram atividade remunerada.

Por outro lado verificamos também que apenas 179 (36.09 %) estavam no exercício de suas atividades quando do seu encaminhamento ao S.A.M.

As idades em que começaram a trabalhar oscilam entre 7 e 18 anos sendo que a incidência maior se verifica em torno dos 14 anos de idade.

Concluindo, acreditamos que não seria temerária a afirmação de que o condicionador principal da delinquencia juvenil é o pauperismo, estabelecendo-se as outras causas como subsidiárias. O pauperismo determina um rebaixamento das condições de vida a um mínimo toleravel, ocasionando separações entre os genitores, incapacitando-os de poder fornecer à prole uma assistência adequada forçando-os a buscarem trabalho a um tempo, deixam os filhos ao abandono e submetidos às influências perniciosas do meio; na ocasião da frequencia à escola não podem, pelo mesmo motivo, exercer uma fiscalização efetiva sobre a vida escolar do menor que excepcionalmente consegue superar a 3 a série primária; por fim vemos ainda o pauperismo lançando vidas ainda em começo, na voragem da competição das atividades produtivas, sem que haja uma cogitação preliminar de se saber se o individuo está ou não em condições de arcar com aquelas primeiras responsabilidades; do fracasso da primeira tentativa de conseguir êxito através do trabalho honesto seguem-se as primeiras tentativas de conseguir recursos através de meios menos trabalhosos e que possam dar melhores rendimentos. Reportando-nos às considerações que fizemos inicialmente sobre a problemática normal do adolescente podemos acrescentar que o adolescente carente do amparo de recursos materiais, o panorama se torna mais severo no que tange ao problema da formação do plano de vida, dada a precariedades dos recursos próprios, e à malignidade dos exemplos que tem a seu derredor. Dissemos também que o problema não é apenas nosso, e sim universal; acentuamos a magnitude do mesmo e lamentamos a deficiência dos recursos de que podemos lançar mão para combatê-lo; urge, porém que procuremos ampliar as nossas capacidades de combate ao mal, ou seja, que mobilizemos urgente todas as nossas reservas para dar combate ao pauperismo procurando elevar o padrão econômico da grande massa dos nossos patrícios.

Não divisamos dentro do âmbito das nossas capacidades atuais ou futuras, elementos que nos autorizem a preconizar o desaparecimento, ou mesmo a simples atenuação, da crítica situação em que nos encontramos no que se refere à conjuntura econômica, o que

equivale dizer que somos pobres atualmente e ainda o seremos por muito tempo ainda.

Não divisamos dentro do âmbito das nossas capacidades atuais ou futuras elementos que nos autorizem a preconizar o desaparecimento, ou mesmo a simples atenuação, da crítica situação em que nos encontramos no que se refere à conjuntura econômica, o que equivale dizer que somos pobres atualmente e ainda o seremos por muito tempo ainda.

Considerando que está na nossa pequena capacidade de produção a espinha dorsal do problema, resta-nos o recurso de transformarmos, compulsoriamente, cada individuo em um elemento que, em chegando à idade oportuna esteja capacitado para prover pelo menos o seu próprio sustento. Isto equivale dizer que a Orientação Vocacional deve ser efetivamente desde a Escola Primária, adquirindo um incremento igual ou superior à orientação cultural a que rotineiramente submetemos os nossos filhos; assim o individuo póderia aprender ao mesmo tempo, que a capital da Libéria é Monróvia e fazer uma instalação elétrica ou consertar um carburador.

Consideradas que sejam essas aspirações como pertencentes ao número das coisas utópicas, vejamos aquilo que o S.A.M. pode fazer realmente no terreno do combate à delinquencia juvenil, e o que já faz atualmente: em sua rede assistencial mantém um grupo de 4 estabelecimentos onde são recolhidos os menores transviados, sendo 3 para rapazes e 1 para moças. Na realidade estes estabelecimentos estão sendo, atualmente, submetidos a um movimento renovador em que se esboça, dentro da medida das possibilidades, toda a assistência que se pode dispensar a menores portadores de graves desajustamentos emocionais. Cogita-se, também no momento da criação do Setor de Psiquiatria e Psicologia que chamará a si toda a tarefa de diagnóstico e tratamento dos menores portadores de distúrbios emocionais e perturbações psicóticas.

Cabe aqui um roto de louvor a atual administração do S.A.M. tendo à frente o Dr. Paulo Nogueira, que teve o mérito de, por assim dizer, abrir as portas do S.A.M. à Psicologia.

No âmbito do planejamento adquire o S.A.M. poderia fazer a mais no afã de combater a delinquencia juvenil, ainda aqui, as atividades podem ser divididas em preventivas e curativas. No grupo das primeiras naturalmente, haveria que ampliar a sua capacidade de atuação racional nos Educandários de sua rede assistencial, onde abrigam uma população aproximada de 6000 menores com vistas aos cuidados que se devem dedicar à orientação educacional, prevocacional e psico-pedagógica dos seus assistidos.

Direta e indiretamente o S.A.M. deve intensificar através da propaganda bem orientada o movimento da Colocação Familiar.

Poderia, também, chamar a si parte da tarefa da criação de Centros de Recreação Infanto-juvenil, distribuindo-se de preferência pelos bairros pobres da cidade.

Tarefa de suma importância seria também a da criação de numerosos Centros de Orientação Juvenil franqueados a todos os jovens do Distrito Federal, e do Brasil, que desejasse, receber Orientação Profissional e Vital.

A fim de que possam prodigalizar uma assistência terapeutica aos seus menores transviados o S.A.M. terá que refundir todo o seu sistema atenual de tratamento dos assistidos; teria que cuidar mais intensamente dos processos de estudo da personalidade dos menores transviados que são entregues à sua custódia a fim de que, conhecendo bem o individuo possa orientar bem o tratamento a ser seguido. Isto equivale dizer que o S.A.M. teria que conclamar para as suas fileiras um número maior de psicologistas e trabalhadores sociais, a fim de que pudese cumprir menos burocráticamente a sua imensa tarefa humana.

Admitindo seja de 300 a 350 a população anual de menores transviados, de ambos os sexos, internados pelo S.A.M. somos de opinião que, pelo menos mais 5 estabelecimentos semelhantes ao Instituto Padre Severino deveriam ser criados na Capital Federal.

Outro aspecto que reputamos de suma importância para que S.A.M. possa cumprir de forma cabal as suas finalidades é a sua autonomia econômico-financeira a fim de que possa utilizar com a máxima amplitude, as verbas que lhe são conferidas.

Um outro aspecto que merece ser apontado como fator de entrase no bom desenvolvimento da atuação assistencial do S.A.M. é o fato, de que sua diseção, sendo um cargo político, fica a mercê das mutações frequentes por que tem passado o panorama de nossa estruturação política. Sempre fomos preconizadores da separação da parte técnica da parte administrativa dentro dos serviços assistenciais, provendo os cargos técnicos por concursos de provas, e dando-lhes uma estabilidade, senão vitalicia, pelo menos duradoura.

Vale dizer aqui que está em transito na Camara dos Deputados, um projeto de Lei que visa transformar o Serviço de Assistência a Menores em Instituto de Assistência a Menores, projeto este que, uma vez transformado em lei, sanará um grande número dessas deficiencias da atual organização do S.A.M.

Para finalizar, diremos que acalentamos como um sonho aquele dia em que qualquer jovem, brasileiro ou estrangeiro, moça ou rapaz, branco ou preto possa sentir-se seguro de que, quando tudo lhe falhar, ainda restará vigilante pelos seus direitos uma entidade cuja única finalidade, seja prover o amparo e a orientação das mais promissoras reservas humanas de nossa Pátria.

# Os Problemas de Educacao da Infancia<sup>(1)</sup>

Pelo Revmo. Padre Alvaro Negromonte

Iniciando a sua palestra o Revmo. Padre Alvaro Negromonte diz acreditar que os problemas de educação da infância se reduzem ao problema moral, porque é o mais elevado e é específico do homem. Constitue pois, o primado do homem e, embora tudo dependa da moral, há uma tendencia a esquecer o primado da moral por outros, especialmente o econômico.

Em favor do pragmático não se preocupam com a moral, mas com o que traz êxito ou então com o que é legal. O grande problema é pois, conduzir a criança e o adulto para o caminho da moral, porque o problema dos menores depende do problema dos maiores.

A proteção moral da criança só é garantida na família pelo casamento uno e indissolúvel, que melhor atende a educação dos filhos.

Em seguida começa a enumerar as varias causas que podem levar ao abandono moral como: doença de um dos conjuges, mãe ausente do lar, incompetencia pedagógica, etc. Cita exemplo das moças que nos colégios aprendem tudo, menos a serem mãe de família. Fala a seguir nos efeitos desastrosos dos vícios ocasionando o desmoronamento dos lares. Passa a encarar o fator econômico como também a causa de abandono, ressaltando os valores econômicos embora de menor importância em relação aos valores morais. Considera que a fuga dos pais, ao dever de educar, muito tem contribuido para o abandono moral em que se encontram os jovens e, conclue que isso acontece em lares desorganizados e só por exceção naqueles bem constituídos.

A seguir fala sobre a orfandade sobretudo em meios pobres crescendo que o problema se agrava porque a mãe necessita trabalhar. Não menores são os efeitos desastrosos existentes para os orfãos de pais vivos que se esquecem de assistir aos seus filhos.

Continuando a sua palestra estuda o papel da escola que atualmente só se encarrega de instruir, com programas sobrecarregados, não havendo tempo para educar. E cumpre lembrar que há internatos sem amor que procuram de todas as formas afastar as crianças do convívio dos lares, esquecendo que elas mais tarde não saberão organizar suas próprias famílias.

---

(1) Trabajo presentado al Seminario de Protección a la Infancia del Brasil, inaugurado el 15 de octubre de 1955. (Boletín Nº 115, de diciembre de 1955, pág. 943) con su discusión.



Cita a seguir o enfraquecimento da vida cristã ou moral, sem a qual ninguém se espiritualiza.

Quais as medidas que devem ser utilizadas para combater o abandono moral?

- a) Evitar as causas diretas e indiretas do abandono.
- b) Organizar uma campanha que leve os pais a compreenderem que seu primeiro dever é o de educar os filhos.
- c) Despertar nos Governos o gosto pelos problemas de educação; promover o aumento de escolas.
- d) Melhorar a escola no sentido da educação.
- e) Ajudar os lares pobres que não possam educar.
- f) Proporcionar trabalho idôneo aos adolescentes.
- g) Valorizar a vida espiritual, a religião, o caráter, o dever, a honestidade e substituir o êxito pela serenidade. Terminando cita as palavras de René Bazin: "A maior desgraça de um povo é não ter a educação que merece".

A seguir o Dr. Mario Olinto passou a palavra ao Professor Roberto Berro que disse haver no Uruguai um capítulo no Código del Niño dedicado à Proteção Moral dos menores e deu exemplo da dificuldade de lutar contra o mau cinema, só sendo possível proibir que os menores frequentem-no à noite. A seguir comenta os males que podem advir da televisão mal orientada e cita os efeitos maléficos que já se fizeram sentir em outros Países da América. Comenta os males da má imprensa que deseduca. Acha que outro fator prejudicial é a venda de cigarros e bebidas alcoólicas a menores de 18 anos, assim como de revistas e gravuras pornográficas achando que se deveria limitar a liberdade de imprensa no referente a publicações ofensivas à moral.

Também ressaltou a influencia do fatos econômico como causa de desajustamento e da dificuldade de resolver. Comenta que 65% dos desajustamentos infantís no Uruguai são de filhos ilegítimos.

Conclúe que devem ser concedidos salários melhores para aqueles que teem família. Este salário família contribuiria para uma condição de vida mais humana, mais justa e mais digna e evitando assim o afastamento da mulher, do lar.

Da mesma forma deveriam ser substituídos os internatos por lares substitutos.

O Dr. Darcy Evangelista comenta que a escola antiga tinha amplos poderes para educar enquanto que hoje se especializa na instrução e no entanto a família vai perdendo terreno na educação. Insiste para que a escola se dedique também a educar contribuindo assim para o aperfeiçoamento da educação do lar. Além disso será preciso ensinar os pais no referente à educação de seus filhos.

Dr. Ladeira Marques considera que atualmente a escola não dá educação nem instrução e comenta que antigamente os bons colégios eram os mais severos, hoje porém são os pais que se

interessan para que os filhos obtenham boas classificações sem o preparo conveniente.

O Padre Negromonte respondendo aos comentários, diz que o Governo não é insensível a formação moral da juventude. Há leis, mas o afrouzamento moral que atingiu a humanidade, não permite que elas sejam obedecidas. Em relação à televisão diz que aqui no Rio cerca de 350.000 espectadores assistem-na e embora haja programas proibidos para crianças, nada impede que elas mesmas liguem o aparelho. Ha bons programas e outros medíocres.

Considera o fator econômico muito importante, mas se fôsse amparado pelo fator moral seria mais valioso. Tece comentários em torno da encíclica Rerum Novarum pregando novos padrões mais humanos para o mundo atual.

Acha que é preciso preparar os adolescentes dando-lhes uma força moral para que se possam conduzir dentro das normas da dignidade, encontrando forças, dentro de si próprios, para resistirem aos estímulos imorais.

---

# Medidas Legais de Protecção ao Menor <sup>(1)</sup>

Dr. Everardo Moreira Lima

Promotor Público

Senhoras e Senhores:

Honrou-me o Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia com o convite para discorrer, neste Seminário, sobre as Medidas Legais de Protecção ao Menor.

Num sistema de hierarquia legal, classificamos as normas de assistência ao menor em: constitucionais e ordinárias, compreendendo as primeiras os dispositivos previstos na Constituição Federal de 1946, e, as segundas, as regras do Código de Menores, e as especiais do Código Federal, da Consolidação das Leis do trabalho e os da legislação extravagante de protecção à família.

Todavia, o critério histórico é aquele que a nosso ver, melhor permite a avaliação dos esforços no sentido assistencial, repondo aqui como obra pioneira o Código de Menores — Decreto nº 17.943, de outubro de 1927 — que consolidou leis de assistência e protecção a menores. Em 1924, foi criado no Distrito Federal o Juizado de Menores, sendo seu primeiro titular o Dr. Mello Matos, indefeso batalhador da causa da criança. O Código de Menores é obra sua, é, levando-se em conta a época em que foi elaborado, constitui verdadeiro marco milhar na história do Serviço Social. Nêle se subtraiu o menor desvalido, como também o transviado até a idade de 18 anos do tratamento da justiça comum, para coloca-los sob a sua imediata protecção, garantido-lhes amparo, assistência e educação. Cuidado especial deu Mello Matos ao problema “DAS CRIANÇAS DE PRIMEIRA IDADE”, precatando sabiamente a saúde do infante, numa época em que a pediatria apenas se ensaiava.

No capítulo referente AOS MENORES ABANDONADOS, fêz-se a distinção entre o abandono material e o abandono moral e legislou-se sobre a vadiagem e a mendicidade infantís.

Capítulos agudamente fulgurantes pela oportunidade das prescrições são os VI e VII do Código —DAS MEDIDAS APLICAVEIS AOS MENORES ABANDONADOS E DOS MENORES DELINQUENTES.

---

(1) Trabajo presentado al Seminario de Protección a la Infancia del Brasil, inaugurado el 15 de octubre de 1955. (Boletín Nº 115, de diciembre de 1955, pág. 943).

A seu turno, o capítulo intitulado "DO TRABALHO DOS MENORES", que estendia sua ação protetora ao menor trabalhador, abriu caminho às conquistas que nêsse campo foram feitas pela legislação social posterior a 1930.

Para que se tenha uma ideia do carater renovador do Código Mello Matos, basta dizer-se que em consequência da aplicação das regras do capítulo —DA VIGILÂNCIA SOBRE OS MENORES— que proibia os menores de 18 anos de frequentarem os dancings, os cassinos, os cabarés e os bares noturnos, e regulava a frequência dêsses menores em casas de diversões, cinemas, teatros, foi o bravo Juiz Mello Matos alvo de acerba crítica da imprensa e do público em geral, chegando até mesmo a ser punido pelo Tribunal com a suspensão do exercício do cargo, por trinta dias.

A Casa Maternal Mello Matos, a Casa das Mãezinhas e o Abrigo Provisório foram magníficas obras dêsse espírito genial que foi o Juiz Mello Matos. Diga-se de passagem que felizmente sempre tivemos nos Juizes de Menores devotados paladinos da proteção à infância e à adolescência.

A Constituição Brasileira, de 18 de setembro de 1946, veda de modo claro e insofismavel o trabalho a menores de 14 anos, bem assim o trabalho noturno e em indústrias insalubres a menores de 18 anos. Todavia, no tocante a trabalho noturno, menores entre 14 e 18 anos, admitir-se-ão exceções estabelecidas pelo Juiz competente. Afora dispositivos outros que indiretamente protegem a infância e a adolescência, o art. 164 da Carta Magna torna obrigatória, em todo o território nacional, a assistência à maternidade, à infância e à adolescência sem contudo criar sapções ao descumprimento dessas regras.

O Código Penal — Decreto Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940, — contempla largamente a proteção ao menor. No art. 23 declara que os menores de dezoito anos são penalmente irresponsáveis e na letra I do inciso II, do art. 44, agrava a pena de crime cometido contra crianças. Pune duramente os crimes de CORRUPÇÃO DE MENORES, ABUSO DE INCAPAZES, ABANDONO MATERIAL, ENTREGA DE FILHO MENOR A PESSOA INIDONEA, ABANDONO INTELECTUAL, INDUZIMENTO À FUGA, ENTREGA ARBITRÁRIA OU SONEGAÇÃO DE INCAPAZES. Nêsse particular, o nosso estatuto penal nada fica a dever aos melhores do mundo.

Não se póde olvidar a importância da Consolidação das Leis do Trabalho — Decreto — Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 na proteção ao pequeno trabalhador. No art. 402 e 441 prevê os seguintes capítulos: DA PROTEÇÃO DO TRABALHO DO MENOR, — DA DURAÇÃO DO TRABALHO — DA ADMISSÃO EM EMPREGO E DA CARTEIRA DE TRABALHO DO MENOR — DOS DEVERES DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS DE MENORES E DOS EMPREGA-



DORES — DA APRENDIZAGEM, capítulos êsses nos quais se subcrevem valiosas regras de assistência ao menor operário.

A legislação social institucionalizou a preocupação do governo com o problema da criança. O Decreto-Lei nº 3.200, de 19 de abril de 1941, dispõe sobre a organização e proteção da família. Criou o salário-família. O Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Instituiu o Departamento Nacional da Criança. Por outro lado, o Decreto-Lei nº 9.701 de 3 de setembro de 1946, dispõe sobre a guarda de filhos menores, no desquite, e a Lei nº 883 de 31 de outubro de 1949, amplia o reconhecimento de filhos ilegítimos.

Mas não nos iludamos com a eficácia dessa legislação. A lei por si só não opera socialmente. E insiste que se criem condições ideológicas na comunidade favoráveis ao atingimento de suas finalidades.

O problema do menor nada mais é do que o aspecto do problema sócio-econômico. Oferece por isso mesmo características particulares, conforme o grau de desenvolvimento da nação em que possa ocorrer. É muito menor no campo do que nas cidades. Diverge profundamente de causas a criminalidade juvenil dos países subdesenvolvidos, da dos países altamente industrializados. Em qualquer dos casos, entretanto, os transviados são vítimas do abandono material e moral em que vivem.

No Brasil, como de resto em quase todos os Países da América Latina, os menores que praticam atos anti-sociais, geralmente, se encontram em más condições de vida, sem instrução e educação, em lares que lutam com as maiores dificuldades materiais. O pauperismo dos pais os atira precocemente à luta pela vida, ocasião em que são maliciosamente utilizados pelos contraventores do jogo do bicho e pelos exploradores da economia popular. Muito cedo já concorrem para a manutenção do lar, em que apenas fugazmente se encontram os membros da família, mais para trocarem desaforos do que ideias.

Em cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, projeções maiúsculas do vertiginoso surto industrial de nossa terra, o problema se complica através do crescimento demográfico que gera crises de habitação e faz surgir os aglomerados improvisados. Nêsses centros de promiscuidade, cria-se uma infância, expressão trágica e dolorosa do desajustamento social, condenada irremediavelmente a uma sub-vida no sub-mundo da miséria e do crime. A miséria degenera o homem e os agravos patológicos se transmitem intactos qual fideicomisso mórbido, de geração em geração. É preciso remediar os males de hoje, para que dêles não padeçam as gerações de amanhã.

Mas, o Brasil é um país em vias de desenvolvimento, que a par

da elevação crescente do custo da vida, ostenta um fabuloso ritmo industrial. Vivemos a arte de tolerância de nosso processo de sub-desenvolvimento econômico, crise geradora da instabilidade política e financeira. Se lograrmos superar êsse estágio de transição, emergiremos para uma fase em que necessariamente se eleva o padrão de vida e melhora as condições de saúde e higiene do povo. Assegurar a possibilidade dessa superação, consagrando as tendências incoercíveis da nação brasileira para a industrialização e para a democracia a forma eficaz de se concorrer para a proteção à infância e à adolescência.

---

## Código del Niño del Uruguay

Las ediciones oficiales del Código del Niño del Uruguay, promulgado por ley de 6 de abril de 1934, fueron rápidamente agotadas. La nueva orientación que daba al problema del niño considerándolo en una forma integral, tuvo muchos imitadores en nuestra legislación americana y algunos Códigos se inspiraron en él. Hoy, a veintidós años de vigencia, todavía la mayoría de sus disposiciones tienen actualidad.

Por estas razones el Código del Niño nos es solicitado en forma, podemos decir, permanente. El BOLETIN de nuestro INSTITUTO, de julio de 1934, publicó el Código con sus antecedentes y durante mucho tiempo sus ejemplares pudieron suplir la falta de ediciones oficiales. Pero estos Boletines también están prácticamente agotados. En los últimos Seminarios de Protección a la Infancia, no ha podido el INSTITUTO satisfacer las demandas que de todas partes, por profesores y becarios se hacen de ejemplares del Código.

Por otra parte, el estudio, todavía no terminado de algunas modificaciones que es necesario introducir en el Código, postergan la publicación de ediciones oficiales, quizás por mucho tiempo.

El INSTITUTO pues, ha decidido realizar una obra útil dando a luz una edición mimeografiada, copia fiel de la edición original, publicada por el Ministerio de Protección a la Infancia en 1934, la que dedica a todos los estudiosos que, en América, se ocupan de la protección a la infancia. Dicha edición no es comerciable y dada su natural limitación, será ofrecida a las instituciones o personas que lo soliciten, con el objeto de que sea realmente útil al mayor número.

De 1934 a la fecha, el Código del Niño ha sufrido modificaciones y adiciones por medio de distintas leyes promulgadas en el Uruguay, que ampliaban conceptos o aclaraban disposiciones. Era útil para el estudioso conocer todas esas modificaciones perfectamente documentadas. Ello ha sido objeto de un Apéndice que acompaña esta edición y que ha sido redactado por el Dr. José P. Achard, ex Juez de Menores del Uruguay y actualmente Ministro del Tribunal de Apelaciones en lo Civil, el que contiene también orígenes y concordancias.

En esta forma el nuevo volumen ha de servir verdaderamente a todos los que se interesan en estos problemas y el INSTITUTO efectúa una obra eficaz con su publicación, realizada directamente con el personal del INSTITUTO y dentro de él.

## Seminario Nacional de Haití

La fecha para su realización fué fijada entre los días primero al diez de mayo de 1956. Designóse para integrar el Equipo Técnico, que debía contribuir a su desarrollo, al Dr. José Pedro Achard, ex juez de Menores, Ministro del Tribunal de Apelaciones en lo Civil y Director del Centro de Estudios jurídicos juveniles de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de Montevideo, y a la Dra. Lya Imber de Coronil, ex secretaria general del Consejo Venezolano del Niño y médica pediatra del Hospital Municipal de Caracas. Aunábase así, a la experiencia del primero en este género de actuaciones internacionales, la conocida capacidad y demostrados conocimientos científicos de tan ilustrada representante de la evolucionada medicina social de Venezuela. Dos países geográficamente distantes mancomunaban sus solicitudes por intermedio de sus delegados, para brindar el concurso de su cultura al desarrollo del seminario que proyectábase en otro país hermano.

El momento de la llegada de aquellos coincidía con la celebración del Día del Trabajo, el cual adquiere en Haití particular relieve. Ambos técnicos fueron invitados a la exposición agrícola y de floricultura, a la cual asistieron las más altas autoridades nacionales y el cuerpo diplomático. En la noche del primero de Mayo, también concurrieron a un espectáculo folklórico en la Escuela de Hostelería. Fiesta de danza, música y canto nacional que alcanzó gran brillo artístico.

### Sesión Inaugural

El dos de mayo se efectuó la solemne sesión de apertura del Seminario, la cual comenzó con el discurso inaugural de Mr. Jacques A. François, Secretario de Estado en la cartera de Trabajo. Contestó a aquél el Dr. José Pedro Achard, en representación de nuestro INSTITUTO. Luego se exhibió una película tomada por la Dra. Imber de Coronil en el Hospital Municipal de Caracas, y cuya finalidad era la de demostrar la forma como han de ser tratados los menores internados; uniendo a la técnica el afecto. Aquella dió las explicaciones pertinentes en el curso de la exhibición. Dicha sesión se realizó en el Instituto Francés, asistiendo a la misma una selecta concurrencia, entre la cual se encontraba la esposa del primer mandatario, Sra. de Magloire.

El tres de mayo, comenzó por visitas a las dependencias del Ministerio de Trabajo. Iniciáronse en el Bureau du Travail. Este está formado por las siguientes secciones: Dirección, Secretaría, Admi-



nistración, Inspección, Formación profesional, Educación Obrera, Servicio social, Mujer y niño. Tiene en el interior del país, diez oficinas delegadas.

Después, visitóse el local del Seguro contra accidentes del trabajo, hay un servicio en proyecto para cubrir también el riesgo de enfermedad y la maternidad. El número de personas asistidas llega en la actualidad a cuarenta mil.

También se recorrió el Barrio Obrero Nº 2, el cual comprende habitaciones para doscientas ochenta y ocho familias. El sistema empleado es el de venta a plazos en el término de veinte años. Existen otras urbanizaciones llamadas Cité Magloire Nº 1, en el lugar conocido por La Saline, y otra en Gonaive. Tales urbanizaciones tienen escuelas primarias, centros deportivos culturales e iglesias.

### **Protección legal del niño y de la familia**

Por la tarde, en sesión realizada en el propio local del Bureau du Travail, tratóse el tema Protección legal del niño y de la familia; siendo abordado por M. Juvigny y Vauges el "Estatuto legal de la familia natural", por M. Vergniaud Lafontant, Procedimiento de las acciones derivadas del derecho de familia: 1) actos de reconocimiento, 2) otros actos. Los integrantes del Equipo Técnico intervinieron en los comentarios que subsiguieran a dichas exposiciones, habiéndose provocado un interesante cambio de ideas sobre el particular.

### **Protección moral del niño y de la familia**

El cuatro de mayo, en la mañana, se visitó el Centro de re-educación du Carrefour. Atendido por la orden de los Padres del Espíritu Santo, se dedica a la educación de muchachos abandonados enviados por la Educación Nacional. El número de internos es de doscientos setenta. Dictanse cursos de instrucción primaria y aprendizaje artesanal. Ensenáse allí: mecánica, sastrería, zapatería y carpintería. Dicha orden tiene dispersas en el territorio del país, diez y ocho escuelas primarias gratuitas.

Después se visitó la Obra Saint Michel, consistente en un dispensario médico y escuela para trescientos niños. Aquella se preocupa también por la regularización de las familias y dicta cursos de moral y religión.

En las horas de la tarde, se estudiaron Protección moral del niño y de la familia y Protección económica del niño y de la familia. El Rev. Padre Grinenberger, trató el tópico: Necesidad para el niño de un clima moral. Mme. Stuart Cambromne se ocupó del

Abandono moral y material del niño, sus causas y remedios; Mlle. Lelia Lhérisson, de La familia y el niño; Irma R. Racine, La alimentación de los niños, un medio de defensa contra la tuberculosis.

El día cinco de mayo, durante la mañana, se visitó la Institución San Luis Gonzaga. Atendida por los "Frères de l'instruction chrétienne", consta de escuela primaria y liceo secundario, ambos pagos. El número de discípulos es, respectivamente, de quinientos veinte y cuatrocientos.

Luego del feriado dominical, comenzó el lunes siete de mayo, con la visita al Orfelinato de la Fondation Mme. Magloire. Este, que no está aún habilitado, tiene capacidad para albergar cincuenta y un niños de ocho a doce años. El edificio, de reciente construcción, está ubicado en las afueras de Port au Prince.

Después, se llegó hasta el Orfelinato de la Fondation Magloire en la Cité N° 2. Internado para ambos sexos, de muchachos de edad entre uno y catorce años.

Se visitó la Garderie de la Saline (Fondation Mme. Magloire), la cual tiene Gota de leche, en la que se atienden treinta y cinco niños. En la guardería, propiamente, hay alojados cien niños, hijos de madres trabajadoras. La asistencia se hace en régimen de semi-internado. La edad de los párvulos es de uno hasta seis años. También funciona allí una cantina, en la cual reciben almuerzo ciento setenta y cinco niños y setenta y cinco adultos.

Continuóse la gira, llegando a la Cantina Belaire (Fondation Mme. Magloire) donde doscientos cincuenta personas, de las cuales doscientos treinta son niños, reciben comida. A la Cantina du Portail Leogane, en la cual, se alimenta a doscientos cincuenta alumnos de las escuelas primarias próximas.

### Protección económica del niño y de la familia

En las horas vespertinas, prosiguióse el estudio de la Protección económica del niño y de la familia; abordando Mme. Bessières Oriol, El problema de la alimentación de los niños de primera edad, y Mme. St. Fort Colin, el punto Alojamientos económicos. Luego Mme. Leonie W. Victor se ocupó de la colocación de los niños en servidumbre ¿constituye un factor de progreso para la comunidad?; Mlle. Lydia Jeanty, trató de la Protección económico escolar y post-escolar del niño, y el señor Maurice Sylla del niño en la vida rural.

El día ocho de mayo se visitó la obra Disciples de Claire Heureuse, escuela gratuita perteneciente a una asociación de beneficencia, en la cual reciben instrucción elemental veinticinco discípulos. La UNICEF proporciona leche en polvo para que aquéllos reciban al mediodía una pequeña colación. Trátase de una insti-

tución realmente benemérita, formada por personas de modesta situación, pero interesadas en el bien de la colectividad.

Se siguió de allí, al Centro de aprendizaje Saint Martín. Es esta una escuela de oficios, para varones, perteneciente al Estado. Tiene noventa alumnos internos y ciento cincuenta externos. Se enseña: cerámica, tejeduría, mueblería, sastrería y zapatería. Díc-tanse también cursos de enseñanza elemental. Es un buen edificio, con varios pabellones.

### Delincuencia juvenil y problemas educativos

Por la tarde, se trataron los temas Delincuencia juvenil y problemas educativos. Mr. Gérard Gourge hizo un relatorio sobre: Tratamiento de la delincuencia juvenil en Haití; M. Colbert Bomhomme se ocupó de El menor delincuente en sus relaciones con el medio, su rehabilitación y las medidas que han de tomarse para prevenir la delincuencia. Mr. León Sorel, trató de la Organización y funcionamiento de la Casa Central de Artes y Oficios.

Asimismo, Mr. Camille Large presentó una comunicación sobre Colaboración de la escuela y la familia; Mme. Fortuna Guéry, respecto a la función de la madre en la formación del niño y problemas que se plantean, y Mme. Antoine Bois, respecto a algunos aspectos de los problemas educativos de la niñez pobre en Haití.

La discusión de los diferentes temas motivó un activo intercambio de ideas, permitiendo valorar los conocimientos de los disertantes, así como la versación de muchos de los intervinientes. También los miembros del Equipo Técnico enviado por el INSTITUTO, hicieron conocer sus opiniones al respecto.

En la mañana del nueve de mayo, se visitó la Casa Central de Reeducción. Esta tiene trescientos sesenta internos del sexo masculino, atendidos en la enseñanza, por once profesores elementals y catorce maestros artesanos. La edad de aquéllos varía entre nueve y diez y nueve años. El instituto funciona en un viejo edificio, pero se están haciendo nuevas construcciones.

De inmediato se concurrió al Servicio de Pediatría del Hospital General. Este cuenta con ciento diez camas para niños, al cuidado de tres médicos pediatras. Concurren a la policlínica, diariamente, alrededor de cincuenta chicos.

### Higiene del niño y de la familia

En la tarde, se trató el tema: La higiene del niño y de la familia. El Dr. Roger Vil trató Desarrollo psicosomático, el Dr. Timoteo Paret, Colaboración del pediatra en los problemas médico-



El delegado técnico de Haití ante el Instituto, Mr. Dantés P. Colimon con los miembros del Equipo Técnico enviados por el Instituto, Dr. José P. Achard (Uruguay) y Dra. Lyla Imber de Coronil (Venezuela)





Visita a la Casa Hogar de la Fundación Mme. Magloire



En la Cantina de Belair, de la misma Fundación



Escuela Maternal de la Saline



Oeuvre des Risciples "Claire Heureuse". La señora Célie Diaquoi Deslandes, que asistió al Seminario de Montevideo, repartiendo leche donada por UNICEF

# DEUXIEME SEMINAIRE NATIONAL DE L'ENFANCE

Aidez-nous  
à protéger l'en-  
fance malheureuse  
pour une Patrie  
plus forte  
et plus prospere



Aux heures de classe les enfants domestiques d'âge scolaire  
ne doivent pas être livrés à eux-mêmes



Mais plutôt fréquenter l'école

BUREAU DU TRAVAIL  
DEPARTEMENT DU TRAVAIL

PORT-AU-PRINCE - HAÏTI

1er. Mai 1956

sociales del niño y de la familia; el Dr. Buffon Mondestin, El problema de los niños abandonados.

### La Escuela de Servicio Social

Como culminación y reunión final, se realizó el último día una mesa redonda sobre la creación de una escuela de Servicio Social. Intervinieron en la misma Mlle. Lydia O. Jeanty, Mme. Danielle Calcis, Mme. Raoul Hector, Mme. Célie Diaquois Deslandes, Mme. Jacqueline Wiener, Mme. Léonie W. Victor, Mme. Janine E. Nelson, Mlle. Yolande Salomón, así como un crecido número de asistentes. La cuestión promovió el más vivo y apasionado interés en el medio local, donde se está tratando de cristalizar la idea, fundando por lo menos una escuela privada; la cual contaría con apoyo oficial.

### Clausura del Seminario

El Seminario terminó con una alocución del Director General del Bureau du Travail, Mr. Dantés Colimon, delegado técnico de Haití ante nuestro INSTITUTO, y con la lectura de las conclusiones y recomendaciones.

No terminaremos esta crónica sin hacer notar los esfuerzos que este pueblo —cuya densidad de población engendra gravísimos problemas— está demostrando por todo lo relativo a la protección de la infancia; lo cual hace insinuar para el mismo una etapa de franco progreso.

J. P. A.

---

### VOTOS Y CONCLUSIONES

9 de mayo de 1956

- 1) Que se establezca una ley sobre adopción.  
Que se amplíen las disposiciones de la ley sobre la investigación de la paternidad.
- 2) Que los menores delincuentes sean separados de las autoridades y jurisdicciones del derecho común.  
Que se instituya para ellos un procedimiento especial.  
Que se sustituyan las medidas punitivas por las de prevención, protección y reeducación.
- 3) Que se creen nuevas crèches y parques infantiles.



- Que funcione una cantina en cada escuela y que sea para beneficio de los niños realmente necesitados.
- Que se multipliquen las colonias de vacaciones.
- Que en los programas cinematográficos para menores se presenten films de carácter educativo.
- 4) Que funcione un sistema de asignaciones y que se preste ayuda económica a los niños necesitados.
- 5) Que se creen salas-cunas en los barrios.
- Que la licencia por maternidad, actualmente de seis semanas, sea prolongada y que los niños sean amamantados por su madre.
- 6) Que se cree en el Departamento de Justicia un Comité Nacional del Niño y una Oficina del Niño.
- Que se elabore una legislación moderna sobre el niño y el adolescente que proclame su irresponsabilidad penal y prohíba su prisión.
- Que se tomen medidas para la prevención de la delincuencia juvenil mediante la creación de verdaderos centros de re-educación.
- 7) Que se creen centros de asistencia social bien organizados y centros de colocación para los niños.
- Que se elabore un Código de la Familia y que se creen casas maternales donde las mujeres embarazadas sean admitidas desde el 7º mes de la gestación.
- 8) Que en el próximo Seminario contemos con pediatras desde el primero hasta el último día, para las sesiones y las visitas.
- 9) Que se establezca una institución para recibir a los niños abandonados y que se dicten leyes que favorezcan la adopción.
- 10) Que se separen a los niños que están en prisiones de adultos.
- 11) Que la pensión de la mujer funcionaria sea reversible para los hijos menores.
- 12) Que en un próximo futuro se cuente con establecimientos de reeducación en todo el territorio de la República.
- 13) Que se cree una Escuela de Servicio Social apoyada por el Estado.

### VOEUX ET RECOMMANDATIONS

9 Mai 1956

- 1) Qu'il soit pris une loi sur l'adoption.
- Qu'il soit étendu les dispositions de la loi sur la recherche de la paternité.
- 2) Que les mineurs délinquants soient distraits des autorités et des juridictions de droit commun.
- Qu'il soit institué pour eux une procédure spéciale.

Qu'il soit substitué des mesures de prévention de détection, de protection et de rééducation aux mesures de punition.

- 3) Que soient créés de nouvelles crèches et des parcs pour enfants.

Qu'une cantine fonctionne dans chaque école et qu'elle soit fréquentée par des enfants réellement nécessiteux.

Que soient multipliées les colonies de vacances.

Que dans les séances de cinéma à l'intention des mineurs, soient représentés des films à caractère éducatif.

- 4) Qu'un système d'allocation fonctionne et qu'une aide économique soit accordée aux enfants nécessiteux.

- 5) Qu'il soit créé des pouponnières par quartiers.

Que le congé maternité actuellement de six semaines soit prolongé et que les enfants soient allaités par leur mère.

- 6) Qu'il soit créé au Département de la Justice un Comité National de l'Enfance et un Bureau de l'Enfance.

Qu'il soit élaboré une législation moderne sur l'enfance et l'adolescence qui proclamerait leur irresponsabilité pénale et interdirait leur internement en prison.

Que soient prises des mesures pour la prévention de la délinquance juvénile par la création de véritables centres de rééducation.

- 7) Qu'il soit créé des Centres d'Assistance sociale bien organisés et des Centres de placement pour les enfants.

Qu'un code de la famille soit élaboré et qu'on crée des maisons maternelles où les femmes enceintes seraient admises dès le 7ème mois.

- 8) Qu'au prochain Séminaire nous ayons des pédiatres du premier au dernier jour pour les séances et les visites.

- 9) Qu'il soit institué un centre de placement pour recevoir les enfants abandonnés et qu'il soit pris des lois favorisant l'adoption.

- 10) Qu'on sépare les enfants qui sont en prison des adultes.

- 11) Que la pension de la femme fonctionnaire soit réversible sur les enfants mineurs.

- 12) Que dans un proche avenir on ait des maisons de rééducation sur tout le territoire de la République.

- 13) Qu'il soit créé une Ecole de Service Social à encourager par l'Etat.

## Ecos del fallecimiento de Aráoz Alfaro

A continuación publicamos el discurso pronunciado por el Ministro de Asistencia y Salud Pública de la República Argentina, profesor doctor Francisco Martínez, en la Sociedad Argentina de Pediatría, en su sesión especial de homenaje a la memoria del ilustre maestro desaparecido Aráoz Alfaro.

Cúmpleme expresar mi profundo reconocimiento a la Sociedad Argentina de Pediatría por haberme conferido el honor de ocupar su tribuna en la Sesión Extraordinaria de hoy, dedicada a la memoria del Prof. Gregorio Aráoz Alfaro. No puedo ostentar otro título para intervenir en este justiciero homenaje, que el haber sido discípulo y colaborador docente, ferviente y leal, a la par que un devoto admirador de la personalidad y la obra cumplida por el preclaro maestro.

En la personalidad multiforme y fecunda de Aráoz Alfaro se destaca con particular relieve la del Profesor Universitario.

En el año 1894 obtuvo en concurso, por unanimidad de votos, el título de Profesor suplente de Patología General y Ejercicios Clínicos, cargo desempeñado hasta 1904, dictando casi todos los años, además de la materia, cursos libres de pediatría. Al crearse en el año 1904 la cátedra de Semiología y Clínica Propedéutica, fué designado titular de la misma. Veinticuatro años más tarde resignó su cargo por imperio de una absurda disposición reglamentaria entonces vigente, que estipulaba un límite de edad para el ejercicio docente.

Dotado de una sólida formación básica médica y una vasta cultura humanista, consolidada por el estudio constante y por los conocimientos adquiridos junto a ilustres maestros europeos, un dominio acabado de las técnicas de exploración, una fina capacidad de análisis y de síntesis y un equilibrado juicio clínico, supo volcar su sabiduría en la cátedra universitaria, a la que honró durante casi un cuarto de siglo.

Para completar los atributos de docente brillante, poseía un lenguaje flúido y depurado, dicción clara, expresiones justas y precisas, método y ordenación en el discurso. Las generaciones de estudiantes que tuvieron el privilegio de ser sus discípulos conservarán y evocarán con emoción el recuerdo imborrable de sus lecciones magistrales y de sus pláticas junto a los enfermos en la vieja Sala IX del Hospital de Clínicas.

Aquella Sala —dice Osvaldo Loudet, admirable biógrafo del maestro— era el albergue del mago de la exploración médica. Cada enfermo era un pequeño o grande libro de Semiología, porque todo lo que habíamos escuchado antes de sus propios labios o lo que habíamos leído en clásicos tratados, era descubierto por él con perspicacia, seguridad y método.

La búsqueda de signos clínicos, visibles o escondidos, claros y oscuros, eran su arte y su ciencia: un arte en que revelaba la agudeza y la educación de sus sentidos; una ciencia en que traducía conocimientos vastos y profundos. Nos hacía ver en el enfermo lo que nuestros ojos nunca habían visto; nos hacía oír lo que jamás habíamos escuchado; nos hacía palpar con nuestras manos titubeantes lo que nunca habiéramos percibido".

Aplicando aquel aforismo hipocrático de que "Saber explorar es una gran parte del arte", Aráoz Alfaro insistía una y otra vez en la importancia de ser prolijo, metódico y completo en la exploración, destacando que los errores de diagnóstico, dependen en su gran mayoría, de exámenes incompletos, precipitados o insuficientemente repetidos. No puede ser buen médico, decía, el que no posea acabadamente el arte de explorar.

Con sagacidad y espíritu crítico enseñaba las sucesivas etapas del diagnóstico. "No basta saber recoger los síntomas —decía—, no basta saber explorar, por completa que sea la exploración; y no es exacto que, según pretendía Corvisart, el mejor médico sería aquel que llegara a dar a sus sentidos la mayor fineza. No, saber explorar es la primera parte del arte médico y ella es absolutamente indispensable. Pero no basta. A esa primera parte técnica, debe suceder la segunda, más intelectual, más elevada: la interpretación del signo, la correlación y subordinación de los síntomas entre sí, el juicio clínico. La formación del juicio clínico exige aparte de cualidades naturales de inteligencia y raciocinio, espíritu de síntesis, amplios conocimientos de nosografía, de Anatomía Patológica y sobre todo, y ante todo, de Fisiología; pero no hay duda que se perfecciona constantemente con la experiencia; y lo que se llama vulgarmente el ojo clínico, la intuición rápida y neta del diagnóstico y del pronóstico, es en general el resultado, no sólo del talento natural, sino también de la ilustración y de la larga observación".

Conocía como nadie las dificultades del diagnóstico médico, y sabía mantenerse siempre en una discreta desconfianza. En su espíritu había lugar para una sabia duda, no la que paraliza la acción, sino la que incita a buscar, a escudriñar más en procura de la verdad. "La seguridad impertinente, la rotunda afirmación de certidumbre absoluta no suele salir de la boca de los verdaderos sabios", decía Aráoz Alfaro.

Atento a todos los progresos operados en el campo de la Me-



dicina, desde comienzo del presente siglo, Aráoz Alfaro difundió y bregó por la implantación de los nuevos métodos. Es así que introdujo en nuestro país la práctica de la punción raquídea, sobre cuya utilidad se realizó, en la Sala de Niños del Hospital San Roque, el primer trabajo importante en nuestro país, publicado por el Dr. Nicolás Repetto en el año 1898; propugnó el citodiagnóstico y difundió con tesón las pruebas tuberculínicas.

La actuación universitaria del Dr. Aráoz Alfaro desbordó ampliamente los límites de la función docente, para extenderse en forma amplia y alcanzar todos los aspectos y problemas de la Universidad.

En 1906 propició, el primero en nuestro país, la docencia libre, fundado en el lema de "Libertad de enseñar y libertad de aprender", pero con las legítimas condiciones de preparación y aptitud docente y las exigencias de decoro profesional y vida y costumbres intachables del candidato, puesto que "enseñar es también educar y educar sobre todo con el ejemplo del maestro".

Desde su sitial de consejero propició reformas sobre planes de estudio, régimen de trabajos prácticos, ingreso a la Facultad, creaciones de cátedras y otras diversas iniciativas tendientes todas a elevar la eficiencia de la enseñanza y la moral universitaria.

Tenía Aráoz Alfaro un concepto acabado de las funciones que competen a la Universidad. Su objetivo no es solamente el de crear y transmitir los conocimientos y formar profesionales, sino, además, la "formación ética de los jóvenes, suscitando y desarrollando sus aptitudes naturales, procurando hacer de todos ellos hombres fuertes de mente y cuerpo, de voluntad firme, de juicio recto y libre, hombres capaces de dirigir la colectividad a que pertenecen con espíritu social de elevación y solidaridad humana".

Si fecunda y generosa es la obra desarrollada por Aráoz Alfaro en la Universidad, como maestro de muchas generaciones médicas, no lo fué menos la de higienista y sociólogo.

Ha sido un predicador infatigable en materias de higiene y medicina social. El mismo lo recordaba en un discurso pronunciado en el año 1942: "Hace cuarenta años y aún hace veinte, éramos muy pocos los que trabajábamos empeñosamente en la lucha contra la tuberculosis, en la protección a la infancia, en la organización de la asistencia social, en la unificación y coordinación sanitaria... Prediqué una y cien veces que quien tiene alma de médico no puede limitarse a aliviar o curar los males individuales; que tiene forzosamente que elevarse a las causas de tales males, y que entre éstas, las de orden social son de importancia predominante".

El cuidado de la salud del niño fué durante muchos años motivo de su generosa acción. La temprana inclinación de Aráoz Alfaro

hacia la pediatría, pronto excedió al campo estrictamente médico para alcanzar horizontes más amplios, comprendiendo el problema integral de la salud infantil desde la época prenatal. Con fervor incansable cumplió su obra de asistencia social de la infancia, desde la función pública, la cátedra, la prédica diaria en el consultorio, la tribuna periodística y la divulgación popular.

Su "Libro de las Madres", publicado en el año 1899, reveló ya sus preocupaciones por la higiene infantil.

En 1911 propició la creación de una cátedra de Higiene Infantil y Puericultura para estudiantes de medicina y alumnas parteras.

En 1918, siendo presidente del Departamento Nacional de Higiene, elevó al Poder Ejecutivo una comunicación propiciando la creación de un organismo de contralor eficaz y de coordinación superior que vigile y regule el funcionamiento de todas las instituciones que tienen la misión de proteger al niño. Al año siguiente, en el segundo Congreso Americano del Niño, reunido en Montevideo, obtuvo la aprobación de una proposición semejante. Recién en 1924, siendo nuevamente presidente del Departamento Nacional de Higiene, la aspiración de Aráoz Alfaro tuvo un principio de ejecución al crearse en el citado organismo la Sección de Protección y Asistencia de la Infancia. Desde entonces no cesó de bregar en favor de la aprobación de una ley nacional, que fué sancionada recién en el año 1937.

Un justo reconocimiento de la obra cumplida por el maestro en favor de la salud de la niñez, encierran las palabras del Dr. Pedro de Elizalde: "El Dr. Aráoz Alfaro es el apóstol de la puericultura argentina. Su acción en los elevados cargos que ha desempeñado y su prédica ininterrumpida durante cuarenta años, son el basamento de casi todo lo que el país ha realizado en esta materia".

Desde el antiguo Departamento Nacional de Higiene cuya presidencia ejerció en tres oportunidades, intensificó la lucha contra el paludismo, el tracoma, la anquilostomiasis y otras endemias.

En la lucha contra la tuberculosis adquirió un prestigio indiscutido. A su primer trabajo publicado en 1897 sobre las inyecciones de tuberculina en el diagnóstico de las tuberculosis infantiles, sucedieron numerosas publicaciones y relatos sobre distintos temas fisiológicos, reunidos algunos de ellos en un volumen intitulado "Estudios clínicos sobre tuberculosis", editado en el año 1924. Conoció diversos planes de lucha contra la enfermedad, dando orientaciones de avanzada y realizando una intensa campaña de propaganda higiénica y educación popular, principalmente desde La Liga Argentina contra la Tuberculosis, institución que presidió durante más de un cuarto de siglo.

Propició la unificación sanitaria en la lucha contra las enfer-

medades sociales, sobre la base de una coordinación adecuada y unidad de comando, en manos de técnicos competentes.

En los cuatro años que presidió por segunda vez el Departamento Nacional de Higiene (1924-1928) logró materializar solamente una mínima parte de sus planes. Abandonó voluntariamente la dirección de la Sanidad Nacional ante la imposibilidad de obtener los medios necesarios para realizar plenamente la acción a que aspiraba.

La personalidad de Aráoz Alfaro higienista, tan singular y prominente, irradió su influencia y ascendiente hasta penetrar en la conciencia social. Pensamiento y acción puestos al servicio de la noble causa del bienestar colectivo y la salud de la raza. Su obra tuvo un profundo sentido universal y humano.

La producción escrita del Dr. Aráoz Alfaro ha sido nutrida y variada, entre la que se destacan los trabajos sobre Meningitis Cerebroespinal Epidémica (1910), Tuberculosis Cerrada y Tuberculodiagnóstico (1917), Tratado de Semiología y Clínica Propedéutica (1923), Estudios Clínicos sobre Tuberculosis (1924) y abundantes monografías y conferencias sobre temas de medicina, puericultura y Asistencia Social. En "Educación y Política" (1929), donde reúne algunos trabajos dispersos, publicados unos e inéditos otros, en el curso de más de treinta años de vida activa, que trasuntan un intenso amor a la humanidad y al país.

Son páginas escritas no por prurito literario, sino solamente para defender ideas o para combatir errores o faltas colectivas.

"Desearía —dice en su prólogo— que ellas fueran leídas, sobre todo por los educadores y los jóvenes que fueron siempre los primeros en mis preocupaciones nacionales y en mi afecto. Si encuentran críticas serias, no han de dejar de percibir, en cambio, cómo palpitan, entre los reproches, los anhelos, para que ellos —de quienes espero la redención— sean capaces de darnos la patria grande, justa y feliz de mañana".

Con maestría empleó también su pluma en el comentario biográfico y analítico de personalidades argentinas y extranjeras. Como prueba de su inquietud espiritual nos ha dejado tres admirables obras escritas en un estilo impecable: "Semblanzas y Apologías de Grandes Médicos" (1936 y 1952), "Crónicas y Estampas del Pasado" (1937) y "Rawson, Ministro de Mitre" (1938).

Sus "Semblanzas y Apologías de Grandes Médicos" destinadas a exaltar la memoria de grandes benefactores de la humanidad, a pesar de la simpatía y amistad que las haya principalmente inspirado, pueden servir como documentos fidedignos para la historia. En sus páginas se advierte el afán de educar a los jóvenes con el ejemplo luminoso de esas figuras prominentes.

En "Rawson, Ministro de Mitre", Aráoz Alfaro exalta en un

brillante panegírico la seria personalidad del médico, higienista y estadista.

Como todos los actos de su vida, sus biografías estaban inspiradas en la verdad y la justicia. Escribía para honrar con justicia, no para vanagloriar. El mismo lo decía en el prólogo de sus "Semplanzas y Apologías de Grandes Médicos" ... "Jamás, para honrar a los muertos y menos aún, por cierto, a los vivos, he recurrido a la exageración y al ditirambo. He procurado siempre, al contrario, hacer resaltar en cada personaje sus cualidades y méritos reales... Aspiro a que los que lean encuentren en ellos, como en mi vida toda, ese espíritu de equidad con que he procurado siempre juzgar serenamente a los hombres, fueran o no mis amigos..."

---

La Junta de Gobierno de la Sociedad Cubana de Pediatría celebró una sesión clínica extraordinaria para honrar al ilustre profesor Gregorio Aráoz Alfaro. El doctor T. Valledor, encargado de hacer el elogio del maestro fallecido, hizo uso de la palabra, expresándose así:

Una gran pérdida para la medicina continental, ha sido el fallecimiento del Profesor Gregorio Aráoz Alfaro, Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Pediatría.

La muerte sorprendió al ilustre Maestro de la Pediatría Argentina, en plena actividad a pesar de su avanzada edad (85 años), cuando se disponía a completar la organización de un Centro Clínico Privado. Como una prueba de que el Profesor Aráoz Alfaro se encontraba en plena actividad, no hemos resistido la tentación de dar lectura a la carta que de su puño y letra recibimos unos meses antes de su fallecimiento y que dice así:

Prof. Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, Junín 1343.

Gregorio Aráoz Alfaro saluda con consideración y afecto a los distinguidos amigos y colegas, Profesores Hurtado y Valledor y con sentimiento de no haber podido verlos hace años, los recuerda siempre con simpatía, como a todos los amigos de la Habana y Cuba, de cuyos encantos no se olvida.

Les hace saber que a casi 85 años continúa trabajando y leyendo con mucho interés la REVISTA CUBANA DE PEDIATRIA y que habiendo cambiado de dirección, les ruega quieran hacer tomar nota de ella: Junín 1343.

Les pido trasmitan su saludo a todos los colegas y amigos y le crean siempre affmo. colega y amigo.

Como se ve por esta carta que hemos leído el Maestro Aráoz Alfaro estaba íntimamente ligado a la pediatría cubana y no se olvidaba al través de muchos años transcurridos, de las bellezas de nuestra patria, a la que había visitado en distintas oportunidades y en la que dejó huellas imperecederas.



Por su talento, preparación científica y grandes virtudes morales ocupó uno de los sitios más destacados, no sólo en su país natal sino también en el resto de la América, y en los centros europeos, donde era altamente estimado por los maestros del viejo Continente.

Sería imposible enumerar aunque fuera en forma de apretada síntesis, los datos biográficos más salientes de esta gran figura de la medicina americana, cuyas fecundas realizaciones en el orden médico, higiénico y social tanto en su país como fuera del mismo trazaron pautas a las generaciones futuras.

Nacido en Tucumán, el 8 de junio de 1870, hizo sus primeros estudios en su ciudad natal, graduándose de Doctor en Medicina en la Facultad de Buenos Aires en 1892. Fué Ayudante del Laboratorio de Anatomía Patológica e Interno del Hospital de Clínicos, ingresando en 1893, como Jefe de la Sala de Niños del Hospital San Roque, más tarde Hospital Ramos Mejía, donde por muchos años realizó gran número de sus trabajos clínicos. En 1896, hace su primer viaje a Europa, trabajando con los Profesores Grancher y Hutinel en París y Heubner, en Alemania. En 1899, escribe su libro de Puericultura dedicado a las madres y en 1903 escribe los capítulos de "Tumores del pulmón y de la Pleura" y "Ascitis" en la obra sobre enfermedades de la Infancia de Grancher y Comby. En 1904, es nombrado Profesor de Semiología. En 1905, funda con Morquio del Uruguay, Olinto de Oliveira, de Porto Alegre y Fernández Figueiras de Río de Janeiro los "Archivos Latino Americanos de Pediatría", que viene a ser la primera publicación Pediátrica en la América Latina, que perdura hasta 1929, en que se desdobra en "Archivos Uruguayos y Argentinos de Pediatría". En su país, ocupó las más altas posiciones: Presidente de la "Liga contra la Tuberculosis", Director del Departamento Nacional de Higiene y de muchas otras organizaciones de asistencia pública y al ser jubilado de su Cátedra, es nombrado Profesor Honorario de las Facultades de Medicina de Buenos Aires, Córdoba y Montevideo.

En el campo internacional, fué Presidente del Consejo de Directivo del Instituto Internacional de Protección a la Infancia, radicado en Montevideo. Miembro y Presidente de Honor de numerosos congresos médicos a los que concurrió llevando la representación de su país o de Organismos internacionales. Fué objeto de numerosos homenajes, ostentando entre muchas otras condecoraciones la de la Legión de Honor Francesa.

Fué sin duda alguna, una de las más prestigiosas figuras médicas de nuestra América y la Sociedad Cubana de Pediatría en pleno, al rendir un sentido tributo a su memoria, quiere hacer patente a los Pediatras Argentinos, el testimonio de su condolencia por la pérdida del Ilustre Maestro.

# Conferencias y Congresos

## VII JORNADAS ARGENTINAS DE PEDIATRIA

Río Cuarto, Prov. de Córdoba, 18-20 de abril de 1956

### Conclusiones del Symposium Internacional de Poliomielitis

De acuerdo a lo anunciado en nuestro NOTICIARIO Nº 109, publicamos las conclusiones del Symposium Internacional de Poliomielitis, realizado en Río Cuarto, Provincia de Córdoba, República Argentina, durante las VII Jornadas Argentinas de Pediatría.

Con la asistencia de más de 600 delegados del país y ocho naciones extranjeras se clausuró el Symposium Internacional de Poliomielitis, después de un intenso trabajo con la participación de todas las autoridades en la materia que colaboraron en el mismo.

Para facilitar la labor se dividió la redacción del informe final en dos partes: el que se refería a la vacuna, estudio de los virus, inmunología y profilaxis, que estuvo a cargo de los virólogos y la parte de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a cargo de los clínicos y especialistas.

Para que las conclusiones reflejaran mejor el pensamiento de los expertos allí presentes se redactaron tres informes iniciales: uno en francés firmado por Goulon y Pocidalo, otro en alemán por Nagel y Loenecken y otro en inglés por los Dres. Ferri, Ellwood, Marberg, Arswold, Refsum y Lindemann; hubo coincidencia en los tres informes en los aspectos fundamentales del problema: en el aspecto virológico firmado por A. Vilches, Eppstein, L. Ribeiro do Valle y R. A. de Almeida Moura y G. Lacorte como en el clínico y de rehabilitación de los tres grupos en que se dividió la labor. En el aspecto profiláctico, asistencial, el cuadro agudo y subagudo, así como en la rehabilitación de los mismos fué redactado sobre la misma base. Las pequeñas diferencias, reflejaban condiciones de trabajo de los investigadores en los distintos países y las condiciones del problema y recursos dentro de los mismos.

### SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE POLIOMIELITIS

#### Conclusiones

Considerando la importancia sanitaria creciente del problema poliomielítico y la existencia actual de métodos apropiados para

su estudio y prevención el Symposium Internacional de Poliomyelitis, recomienda:

## 1. — ORGANIZACION DE LOS CENTROS.

### Creación de centros para la enfermedad de Heine-Medin

Estos centros deben ser equipados para el tratamiento de las formas agudas con divisiones separadas para:

- a) La observación.
- b) Casos no respiratorios.
- c) Casos respiratorios agudos.

Esta división es necesaria tanto desde el punto de vista del enfermo como para permitir una adecuada selección del personal especializado, necesario para los distintos tipos de atención. Los centros ya mencionados deben ser dispuestos de tal modo en el seno de la organización hospitalaria como para permitir la llegada no más tardía de una hora del enfermo al lugar que le fuese indicado de acuerdo a su forma clínica.

En cuanto al equipo: Se necesitan aparatos para la respiración artificial adecuados para las distintas formas de parálisis respiratorias (pulmotores, corazas, aparatos de función positiva, cama oscilante, etc.), laboratorios equipados para todos los análisis necesarios, camas adecuadas para la ubicación de los enfermos, ambientes para las intervenciones quirúrgicas, (traquéotoma, broncoscopia), servicio de rayos con equipos transportables, equipos para la generación de corrientes. Si fuese posible, laboratorio de investigaciones biológicas o por lo menos una sección serológica bien equipada. Ambulancias y aviones con aparatos de respiración artificial deben estar disponibles.

Deben crearse varios centros en toda la República, para el tratamiento de los enfermos de poliomyelitis. Durante la etapa aguda y la convalecencia se aconseja la creación de varios centros para disminuir el traslado de los enfermos y permitir su cuidado, cerca de sus propios hogares. Estos centros deben establecerse en tal forma, que agrupen los pacientes de todas las edades y de ambos sexos. Es aconsejable colocar las unidades para el tratamiento de enfermos agudos en un hospital general. Los equipos respiratorios deben estar a mano por si son requeridos. Debe estar organizado un centro responsable para la distribución de los equipos especiales a los distintos centros del país.

En cuanto al personal: Se requieren equipos especializados de clínicos o pediatras, anestesistas, laringólogos, enfermeras técnicas, kinesiólogos, ortopedistas y puericultores. Este personal debe ser preparado antes del despertar del brote epidémico y debe tener la experiencia en el trato del enfermo (el número de asistentes técnicos

dependerá del número de enfermos). Debe existir una persona full-time, responsable y al cargo de la coordinación del tratamiento en los casos agudos. Otra persona estaría encargada de la coordinación del cuidado de los convalecientes y de la rehabilitación.

Esta epidemia ha reclamado la necesidad de formar un grupo de enfermeras muy especializadas sobre todo en lo que se refiere al paciente con compromiso respiratorio. El papel que desempeñen estas enfermeras, repetimos, es de capital importancia. En el mismo centro debe disponerse de un servicio de tratamiento ulterior de las formas simples en colaboración directa con el ortopedista. Para que la actividad de ese centro sea permanente y justifique los medios puestos a su disposición debe ser accesible a los enfermos de otras afecciones que plantean los mismos problemas respiratorios, es decir, afecciones neurológicas, neuroquirúrgicas y respiratorias.

## 2. — TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA.

Es aconsejable reposo absoluto, tratamiento sintomático, la menor cantidad de manipulaciones posibles con el enfermo y una buena acomodación en el lecho, respetando especialmente los segmentos afectados, administración de calor y alimentación adecuada. Se tendrá especial cuidado en el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas y en el tratamiento de los trastornos circulatorios, alimentación artificial si fuese necesario.

a) Tratamiento de las formas respiratorias en la fase aguda. La variedad de los accidentes respiratorios observados, hace necesario el tratamiento adecuado en cada caso. Es cierto que el pulmón rinde importantes servicios, pero ha de ser usado en casos de indicación precisa. Creemos que esas indicaciones precisas son las parálisis respiratorias periféricas (diafragmáticas, intercostales y del cinturón abdominal), que determinen una reducción de la capacidad vital a menos del 30 % de la capacidad vital teórica y siempre y cuando el enfermo no presente:

- a) Complicaciones broncopulmonares.
- b) Trastornos de la deglución.
- c) Compromisos de los centros respiratorios superiores.
- d) Complicaciones circulatorias.

Las contraindicaciones imponen el uso de otros tipos de respiradores. Por ello recomendamos entusiastamente que esos centros de atención técnica posean respiradores a presión positiva tipo Engström, Bang, etc.

Una buena ventilación del enfermo será asegurada por la vigilancia de una enfermera. Se dispondrá de una para cada dos enfermos. En esas condiciones será posible evitar o corregir las complicaciones broncopulmonares. En los enfermos en los cuales se impu-



siese la necesidad de la traqueotomía habrá que disponer continuamente de instrumentos adecuados. Los enfermos traqueotomizados deben ser atendidos con guantes, sondas de aspiración tipo Métras para aspiración selectiva, esterilizados. Es necesario lograr en el enfermo tanto en el aspecto respiratorio como en el electrolítico y calórico las mejores condiciones de equilibrio. Los exámenes respectivos indicarán los trastornos electrolíticos (hipopotasemia, hipertonia plasmática, etc.). La ración alimenticia deberá ser asegurada por un régimen rico en proteínas, glúcidos y vitaminas.

### 3. — REEDUCACION Y REHABILITACION.

El Comité aconseja que se establezca y desarrolle un programa de rehabilitación total que puede durar desde meses hasta años. Este programa debe incluir servicios médicos, quirúrgicos, psicológicos, kinesiológicos y sociales para el tratamiento de los internados y los pacientes de consultorio externo, en forma integral. El centro de rehabilitación no debe especializarse en poliomielitis sino que debe incluir a todos los lisiados y debe existir en todo el país para no crear problemas de traslado y alejamiento de los hogares. El centro de rehabilitación juega también un papel importante en el adiestramiento de personal y la investigación médica. Todo debe estar a cargo de un coordinador con toda la responsabilidad del equipo y del centro hospitalario en su totalidad.

Los centros de rehabilitación deberán ser numerosos y bien equipados, con respiradores artificiales, aparatos diversos de prótesis, posibilidades para la realización de la balneoterapia. En cuanto al personal estará integrado por pediatras, ortopedistas, kinesiólogos, en relación de uno por cada seis enfermos; enfermeras en relación de una para cada tres enfermos, maestros y puericultores.

**Rehabilitación:** La rehabilitación se iniciará lo antes posible (período afebril), en los centros en los cuales los enfermos han permanecido durante el período agudo de su enfermedad, razón que impone la presencia en los mismos de fisioterapeutas y kinesiólogos. En este período es muy importante tener en cuenta el problema psicoterapéutico de reeducación ocupacional, de juego, formación escolar, vocacional y profesional que permita al convaleciente volver a una vida social feliz y útil.

La psicoterapia deberá ser llevada muy inteligentemente y ser efectuada por personal técnicamente habilitado. Este Comité quiere insistir en el programa final de un buen adiestramiento de médicos psicólogos, visitantes sociales y terapeutas ocupacionales, así como también en un programa de enseñanza a largo plazo para la formación de un personal adiestrado en la rehabilitación de todos los lisiados incluyendo los poliomielíticos.

El desarrollo de tan vasto programa necesita tiempo y conviene la creación de un centro piloto para iniciar la labor y obtener las experiencias aplicables en el futuro. Es aconsejable una enseñanza metódica e integral para que el egresado esté capacitado a su vez por la enseñanza. Este programa debe iniciarse inmediatamente y realizarse en forma total. Deben tomarse todas las medidas necesarias para la creación de laboratorios de investigación para el estudio de los virus, y en particular el de la poliomielitis en los cuales se pueda proceder al aislamiento de los mismos, con caracterización y tipificación de las cepas causantes de la enfermedad y análisis biológicos de la situación inmunitaria.

Se establecerán normas estrictas para la aprobación de todos los lotes de vacunas antipoliomielíticas en cuanto a su seguridad y eficacia atañe. Esas normas deberán ser redactadas por expertos, de acuerdo con la experiencia acumulada hasta el momento y el cumplimiento de las mismas deberá ser controlado por laboratorios oficiales. En caso de producción local de la vacuna, ésta deberá ser supervisada por estos mismos laboratorios durante y al final del proceso de preparación.

Todo programa de vacunación antipoliomielítica será supervisado por los gobiernos para asegurar su inocuidad, eficacia y distribución adecuada de las vacunas.

Se facilitará el intercambio permanente de información sobre programas y métodos y materiales de trabajo, entre las instituciones que realizan investigaciones sobre este problema en los distintos países; se recomienda que especialmente este intercambio sea llevado a cabo con carácter regional entre las naciones que tienen condiciones epidemiológicas similares.

---

## VI CONFERENCIA NACIONAL DE SEGURIDAD

Montevideo, Uruguay — 7 de mayo de 1956

El 7 de mayo próximo pasado se realizó el acto inaugural de la VI Conferencia Nacional de Seguridad, en Montevideo, importante reunión técnica que constituyó una nueva etapa dentro del plan que, con indudable eficacia, viene desarrollando la Sociedad Uruguaya de Seguridad desde su fundación, en 1948.

La VI-Conferencia de Seguridad estuvo constituida por una serie de cuatro sesiones, en las que se trataron los siguientes temas: Educación en seguridad. — El niño y la seguridad en el hogar. — Vivienda sana y vivienda segura. — Seguridad en el trabajo. — Responsabilidad de los dirigentes de empresas, frente al problema en seguridad. — Código de prevención de incendios. — Curso de prevención en incendios.

Dado el lugar que ha sabido ocupar la Sociedad Uruguaya de Seguridad en la atención pública del país, esta Conferencia despertó el interés de todos los que se preocupan en hacer algo por evitar los accidentes.

Creada en marzo de 1948 la mencionada entidad, ya ha avanzado un largo trecho desde la ejecución de sus programas iniciales y son muchas las personas que, por influjo directo o indirecto de esa obra, tienen en el ambiente uruguayo, conciencia firme sobre los problemas de seguridad y la manera adecuada de resolverlos.

---

### XIX CONFERENCIA INTERNACIONAL DE INSTRUCCION PUBLICA

Ginebra, Suiza. 9-17 de julio de 1956

La XIX Conferencia Internacional de Instrucción Pública, convocada bajo los auspicios de la UNESCO y del Bureau International d'Education, se reunirá en Ginebra del 9 al 17 de julio de 1956.

La orden del día de esta conferencia intergubernamental comprende los tres temas siguientes: 1) inspección de la enseñanza; 2) la enseñanza de las matemáticas en los colegios secundarios; 3) informes de los Ministerios de Educación Pública sobre el movimiento educativo en 1955-1956.

En la Conferencia de 1955, a la que mandaron sus representantes 65 gobiernos, los delegados aprobaron las recomendaciones Nº 40 y Nº 41 sobre la financiación de la educación y la enseñanza de las artes plásticas. El texto de estas recomendaciones se puede obtener gratuitamente, dirigiéndose a UNESCO, o al Bureau International d'Education.

---

### IX JORNADA BRASILEÑA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Petrópolis, Estado de Río de Janeiro. 9-15 de setiembre de 1956

Como se anunció en nuestro NOTICIARIO Nº 109, del 9 al 15 de setiembre del corriente año se realiza la IX Jornada Brasileña de Puericultura y Pediatría, en Petrópolis, Estado de Río de Janeiro.

Ampliando aquella información damos a conocer los temas que se tratarán: I) Mortalidad perinatal. II) Servicio social en las obras de protección a la maternidad y a la infancia. III) Temas libres.

En sesiones de mesa redonda se estudiarán: 1. Enteroinfecciones (etiología y tratamiento.) 2. ACTH y cortisona en pediatría.

3. Anemias hemolíticas (recientes adquisiciones). 4. Diagnóstico y tratamiento de la lúes congénita. 5. Recursos de asistencia hospitalaria en la primera infancia.

Serán miembros de la Jornada los presidentes de honor, los miembros honorarios, los homenajeados por la Comisión Ejecutiva y todos los que adhieran, existiendo las siguientes categorías: oficiales, efectivos e institucionales.

A criterio de la Comisión Ejecutiva podrán ser invitadas a participar en la Jornada autoridades nacionales y extranjeras.

Se llevarán a cabo las siguientes sesiones: a) preliminar de organización; b) solemne de inauguración; c) plenarias ordinarias; d) mesas redondas; e) plenaria final; y f) solemne de clausura.

Conjuntamente se realizará una Exposición de Puericultura en la que se pondrá de manifiesto lo que se ha hecho en el Brasil en el campo de la protección a la maternidad y a la infancia.

---

#### XIV JORNADAS PEDIATRICAS RIOPLATENSES

Montevideo. Diciembre de 1956

La Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Pediatría ha propuesto a la Sociedad Argentina de Pediatría, la reiniciación de las Jornadas Pediátricas Rioplatenses, motivo de intercambio científico y de camaradería entre los pediatras de Argentina y del Uruguay, la primera de las cuales tuvo lugar en 1921 y la última en 1950.

La Sociedad Argentina ha aceptado la proposición formulada, habiéndose acordado que las XIV Jornadas Pediátricas Rioplatenses se lleven a cabo en la primera semana de diciembre del corriente año, en Montevideo.

---



## Libros y Revistas

Prof. Gregorio B. Palacín Iglesias. — LA EDUCACION EN LOS ESTADOS UNIDOS Y EN LATINOAMERICA. México, D. F. "La Impresora Azteca", 1955.

El libro de nuestro distinguido colaborador el profesor Gregorio B. Palacín Iglesias, catedrático de "Education in Hispanic America" de la Escuela de Educación de la Universidad de Miami (Florida), es una edición aumentada de una obra publicada en 1952 conteniendo un conjunto de lecciones dictadas en lengua española para estudiantes norteamericanos de la Universidad mencionada. El libro actualiza hoy los datos del anterior, completándolos con comentarios e informes del mayor interés, que nos permiten recomendar su estudio a todas las personas que se interesen en América por el trascendental problema de la educación del niño y del joven.

El primer capítulo de la obra está destinado a reseñar la historia y la actualidad de los sistemas educativos en los Estados Unidos, compendiando las realizaciones en un medio centenar de páginas, de fácil y amena lectura.

Los capítulos siguientes están dedicados a los países de Latino América, que expresamente los reúne así el autor, pues no quiere desconocer el hecho de que en el Brasil y en Haití se emplean los idiomas portugués y francés, como sucedería si se dijera los países hispano-americanos.

Primeramente se consideran las características generales del problema educacional, desde la enseñanza del preescolar hasta la universitaria, y luego se pasa a exponer la situación del tema en las 20 repúblicas latino americanas y en Puerto Rico, expresando sucesivamente las informaciones correspondientes a México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Cuba, Haití, República Dominicana, Puerto Rico, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Bolivia, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina.

No podemos, ni debemos hacer comentarios minuciosos sobre los informes que ha recibido el autor de los países hermanos de Latino América, pues no tenemos a mano en el momento de escribir estas líneas los datos precisos y necesarios para ratificar o rectificar los establecidos por el erudito profesor Palacín Iglesias, pero sí vamos a señalar algo importante en lo que corresponde al Uruguay. En primer lugar debemos establecer que en nuestro

país la enseñanza primaria, lo mismo que la enseñanza secundaria, profesional y universitaria es totalmente gratuita, además de obligatoria en el primer ciclo (de 6 a 14 años). En cuanto al porcentaje crecido que se señala para el analfabetismo no responde a la realidad, aunque reconocemos que el error no es culpa del autor sino de la falta de estadísticas precisas, y de informes equivocados difundidos por publicaciones salidas de nuestro propio medio. Precisamente actúa en estos momentos una numerosa Comisión proalfabetización, que al estudiar el problema —que todo el país está empeñado en reducir al mínimo— ha comprobado que en la actualidad el número exacto de niños analfabetos es muchas veces menor al que se ha supuesto. Conviene además precisar que al establecer la cantidad de niños inscriptos en las escuelas públicas u oficiales, muy bien organizadas, hay que agregar los inscriptos en las escuelas privadas, que son también de primer orden, y que reciben enseñanza paga por los padres en la mayoría de los casos u ofrecidos gratuitamente a los alumnos pobres por las instituciones correspondientes. Al acotar la juiciosa observación del ilustrado autor del libro comentado, sobre la conveniencia que habría de establecer en el plan de educación secundaria "cursos vocacionales electivos", paralelos a los que preparan para el ingreso a las Facultades superiores, debemos dejar establecido que desde hace varios años funcionan con buena asistencia de alumnos, cursos especiales y vocacionales en la Facultad de Humanidades y Ciencias, establecida el año 1945, y que actualmente dirige el eminente profesor Dr. Carlos Vaz Ferreira, bien reconocido en todos los círculos culturales de América y Europa.

Para terminar vayan nuestras calurosas felicitaciones al profesor Gregorio Palacín Iglesias, y un aplauso bien sincero por la obra de verdadero americanismo que realiza con su enjundiosa labor.

Roberto Berro

---

Prof. Dr. Pastor Oropeza. — PUERICULTURA Y ADMINISTRACION SANITARIA. Caracas. Venezuela. 1955.

Acaba de llegar a nuestra mesa de redacción un nuevo libro del eminente pediatra venezolano y dilecto amigo personal del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, que queremos analizarlo de inmediato dado el interés de los temas tratados y de la personalidad del autor que es miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, profesor de la Cátedra de Puericultura y Clínica Pediátrica de la Universidad Central y Médico

Jefe de la División Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela.

Después de afirmar el autor que Venezuela se adhirió desde el primer momento al concepto integral de protección a la salud, expresa que todavía queda mucho camino a recorrer en lo referente a la Higiene Materno Infantil, y activar la extensión y reorganización de estos servicios es uno de los propósitos del interesante libro que se orienta en la hermosa afirmación del Director de Salud Pública de Venezuela, Dr. Carlos L. González, "El principio directivo de la administración sanitaria venezolana es la unificación de todos los programas y servicios".

En los capítulos subsiguientes se estudian la Clínica Prenatal y la Vigilancia periódica del Niño. En el primero de ellos encontramos entre otras observaciones de valor una pequeña estadística de los nacimientos ocurridos en los servicios de Maternidad de dos Hospitales que trabajan en un mismo medio y con un semejante material humano, pero uno con "clínica prenatal" el de la Cruz Roja de Táchira, y el otro sin servicio prenatal, el Hospital Vargas. En el uno, sobre 687 nacimientos nacieron 662 niños vivos y 25 muertos; y en el otro, sobre 575 nacimientos nacieron vivos 485 y 90 muertos. Bien clara la influencia de los cuidados prenatales para disminuir la mortinatalidad. En las páginas destinadas a la vigilancia periódica del niño lactante, se exalta la extraordinaria importancia de la misma para reducir la mortalidad perinatal y la mortalidad infantil en general. Luego se estudia detenidamente el lactante sano hasta los 2 años de edad, en que según el autor terminaría el período que llama "infantil", pasando al "preescolar" que lo extiende de los 2 a los 7 años. Como es lógico se tratan también con extensión y con la singular competencia del profesor Oropeza los problemas nutritivos y alimenticio del niños pequeño, dando consejos precisos sobre los más convenientes regímenes alimenticios para los niños desde su nacimiento hasta los 7 años.

El capítulo VIII dedicado a los prematuros y debilidad congénita o vital, está escrito con singular erudición, y se establecen allí las mejores condiciones para luchar sanitaria, social y asistencialmente contra el peligro de la vida del niño nacido con las características de la prematuridad.

El capítulo IX expone los temas de inmunidad e inmunizaciones dentro de conceptos técnicos modernos y prácticos. La prevención de las enfermedades en la infancia ya no es un problema sino una realidad factible en servicios bien organizados. Con la amistad y simpatía que profesamos a Pastor Oropeza nos permitimos señalar que nos hubiera gustado que se extendiera en más amplios comentarios sobre la utilización del B.C.G. (bacilo Calmette Guérin) para la preservación del niño contra la tuberculosis, pues

nosotros podemos asegurarle al maestro amigo que la inmunización en masa realizada en todo el Uruguay está dando resultados muy buenos, registrándose una disminución extraordinaria en la morbilidad y mortalidad tuberculosa.

Termina el libro examinando la situación venezolana en los cuadros cronológicos y etiológicos de la mortalidad infantil (los datos son del decenio 1941-1949) que registran como era de esperarse una mejoría importante y que ha sido superada (según tablas de 1950-1951-1952 y 1953) en forma sensiblemente decreciente, llegando a un coeficiente (1953) de 70 por mil de mortalidad infantil.

El libro del Dr. Oropeza nos muestra también como el autor pone énfasis en lo que se llama ahora "la valoración de la eficacia de los servicios sanitarios" que es una obra primordial de todo buen administrador de Salud Pública. Esta tarea la ha emprendido el Dr. Oropeza en la División Materno Infantil que dirige, y enumera índices promediales de 1949 a 1953 que merecen ser conocidos en los demás países latinoamericanos, no muy acostumbrados a este género de especulaciones estadísticas, aun siendo ellas de una gran utilidad.

Cerramos estas líneas con una efusiva felicitación al viejo compañero de lucha en el terreno de la protección al niño.

Roberto Berro

---

Dr. Juan P. Garrahan. — LA SALUD DEL HIJO. PUERICULTURA. Buenos Aires. 1955.

"Los padres cultos, deseosos de dirigir sabiamente la crianza y la educación de sus hijos y de cuidar con eficiencia su salud, solicitan con frecuencia la opinión y el consejo de médicos, puericultores, psicólogos y maestros; pero suelen reclamar también el libro adecuado que los ilustre y les sirva de guía y de orientación en determinados momentos".

Así explica el autor, el especial propósito que lo ha llevado a la publicación de este libro. Su nombre basta para recomendarlo. La personalidad de nuestro amigo el Prof. Dr. Juan P. Garrahan, cuyo libro "Medicina Infantil", para estudiantes y médicos prácticos, en sus numerosas ediciones, la he visto con satisfacción en la biblioteca de los pediatras y en las manos de los estudiantes de todo el continente, se ha impuesto como la del maestro indiscutido de la pediatría en América Latina.

El nuevo libro que comento lo acredita como puericultor, en una presentación original que el mismo autor explica y defiende.



¿Por qué ha preferido el nombre "La salud del hijo" al que parecería lógico "La salud del niño"? Porque la realidad es que hay hijos que ya no son niños. Pero el autor ha tenido la misma preocupación que tuvo el gran maestro Aráoz Alfaro, cuando publicó "El libro de las madres". Ambos querían referirse al niño, pero querían hablarle a sus progenitores. Aráoz quiso dialogar con las madres, Garrahan quiere confidenciar con ambos padres. La comprensión del niño no desaparece sino que se afirma. La niñez es de noción generalizadora y abstracta, se refiere al ser humano que crece y se desarrolla. El hijo en cambio, para Garrahan, es el niño que se ha engendrado y que se ama con "el más hondo y afinado de los sentimientos". El ha ejercido la medicina de niños con ese concepto, por eso el hijo es la luz que ilumina y dirige sus capítulos.

La primera parte da las nociones esenciales sobre el niño, que van de lo anatómico a lo funcional y a lo psicológico. La segunda, se refiere a la enfermedad y sus problemas. La tercera, sitúa al niño en su ambiente y estudia sus respectivas relaciones. En la cuarta, puntualiza la función del médico de niños: los padres frente a él y él frente a los padres. La quinta, en fin, se ocupa de algunas cuestiones fundamentales relativas al trato de los niños, con respuestas a "imaginadas preguntas". En total, un volumen de casi 600 páginas.

No dudo del éxito del nuevo libro de Garrahan. Los padres que amen a sus hijos, encontrarán en él los consejos necesarios para cuidarlo, expuestos de manera práctica, aunque cuando lo cree menester da información teórica, conceptual. Pero la útil e imprescindible, nada más.

Felicito al autor y a los padres de América que encontrarán en el nuevo libro lo que anhelan para complementar el mayor bienestar de sus hijos.

Víctor Escardó y Anaya

---

PEDIATRIA. XXIV CURSO DE PERFECCIONAMIENTO. 1953. Montevideo. Uruguay.

Acaba de aparecer un nuevo volumen de los cursos de perfeccionamiento del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura "Prof. Luis Morquio" de la Facultad de Medicina de Montevideo. En el año 1953, ejerció la dirección interina del Instituto, y por tanto la cátedra el Prof. Agregado Dr. Alfredo M. Ramón Guerra.

El tomo contiene dieciseis trabajos de diversos colaboradores de la clínica. Como prefacio hay cuatro ensayos sobre Medicina

General del Prof. Ramón Guerra. Los problemas respiratorios del niño tienen colaboraciones de los Dres. Barberousse, Prof. Peluffo, Dr. Norbis, Prof. Ramón Guerra, Dres. Soto, García Güelfi, D. Vega y Obes Polleri. El Dr. Raúl del Campo se ocupa de la cirugía del recién nacido y del lactante; los Dres. Arana Iñiguez, San Julián y Dra. Rebollo de neurocirugía infantil, el Prof. Yannicelli de la oclusión por atresia del intestino del recién nacido. El Dr. Julio A. Bauzá estudia la mortalidad infantil en el Uruguay; el Dr. Juan José Leunda las alteraciones bucofaríngeas en las hemopatías; la Prof. Saldún de Rodríguez la pediatría social; el Prof. Marcos los problemas psicossomáticos en la infancia. Contiene también el libro tres trabajos en francés. El Dr. Robert Clément, de París, escribe sobre "Le rôle des Escherichiae dans les diarrhées du nourrisson". El Dr. Georges Heuyer, de París, de la reacción de oposición en el niño. La Dra. Anna Segal, de Londres, trata "La fantasía en el desarrollo de la personalidad del niño".

Como se ve por la enumeración que antecede, sería largo y minucioso el entrar a considerar cada uno de los trabajos presentados. La escuela pediátrica uruguaya pone de manifiesto una vez más, con este volumen, su espíritu de trabajo y su originalidad. Creo que el nuevo volumen que se agrega a todos los publicados anteriormente, en algunos de los cuales tomé personalmente parte tan activa, ha de ser muy útil, como lo fueron los que lo precedieron, por la variedad de temas puestos al día por competentes especialistas.

Víctor Escardó y Anaya

---

Dr. Gérard Gourgue. — LE PROBLEME DE LA DELINQUANCE JUVENILE ET L'INSTITUTION DU JUGE DES ENFANTS. Port-au Prince, Haïti. Imp. de l'Etat. 1955.

Con esta obra de especialización el joven abogado haitiano que es su autor, nos trae su primer aporte a la bibliografía de la materia. Luego de haber sido becario de la U.N., para profundizar sus estudios técnicos sobre estas cuestiones, volvió aquél a su patria con el diploma del Instituto de Criminología de París y la designación de miembro de la Sociedad Internacional de Criminología.

El libro se compone de tres partes: una primera, sobre la prevención de la delincuencia juvenil; la segunda, conteniendo estudios de derecho comparado acerca del juez de menores; y una tercera, con la relación presentada a la O.N.U. sobre la delin-

cuencia juvenil, la prevención del crimen y la administración penitenciaria.

La primera parte de la obra, contiene consideraciones sobre la delincuencia juvenil, la prevención de aquella desde el ángulo de la protección a la infancia, la infancia no delincuente, el poder del juez de menores, los organismos de detención preventiva, los menores en peligro en razón de sus deficiencias intelectuales o sensoriales, sus perturbaciones de carácter y los menores en peligro en razón de su medio familiar o sus condiciones de vida, medidas y procedimiento.

Dicho estudio fué realizado enfocando los diferentes temas desde el punto de vista de la organización francesa o los proyectos legislativos existentes en dicho país.

La segunda parte de la obra comprende el estudio particularizado del juez de menores francés, belga, portugués y griego, según las respectivas legislaciones. Termina con el estudio de la jurisdicción de menores en Haití.

La tercera parte, se encuentra dividida en los siguientes capítulos: Delincuencia Juvenil, Prevención del Crimen y Administración Penitenciaria. Aquí el autor ha ceñido principalmente sus observaciones al medio ambiente nacional, pero hace algunas referencias al Derecho Positivo americano, especialmente a la legislación de Guatemala y Ecuador.

El libro, elegantemente impreso en la Imprenta del Estado, contiene asimismo una valiosa bibliografía, habiendo sido ornado por las opiniones de las personalidades más encumbradas en esta especialidad técnica.

José P. Achard

## Informaciones

**HOMENAJE A LOS DRES. BERRO Y BAUZÁ.** — El 8 de abril de 1956 se realizó en la ciudad de Durazno (Uruguay) una simpática ceremonia, destinada a rendir un homenaje a los Dres. Roberto Berro y Julio A. Bauzá, ambos ex presidentes del Consejo del Niño del Uruguay. El acto central tuvo lugar en el Hogar Femenino regional, en el que se expresó en forma tangible el agradecimiento por la fundación del Hogar, que ambos homenajeados habían propulsado y realizado, mejorando ampliamente los medios para la protección a la infancia en esa localidad que ocupa el centro del país.

La Dra. Gracia Scaffo de Casas Mello, meritoria médica pediatra que tanto se ha ocupado de la protección de la infancia en el Durazno, entregó a los Dres. Berro y Bauzá diplomas que expresaban el reconocimiento, pronunciando elocuentes palabras elogiando las personalidades alrededor de las cuales se llevaba a cabo la reunión. El Dr. Alfredo Alambarri, presidente del Consejo del Niño, habló a continuación, expresando que veía con gusto que las directivas dadas por el Dr. Berro y que continuara el Dr. Bauzá, seguían todavía irradiando luz para su acción del presente y sus proyectos de futuro. El Dr. Víctor Escardó y Anaya, tomando la representación de nuestro INSTITUTO, ya que es secretario del Consejo Directivo, manifestó la adhesión de éste al Dr. Berro, Director General del mismo y al Dr. Bauzá, miembro del Consejo, delegado del Uruguay.

El Dr. Julio A. Bauzá, primero y el Dr. Roberto Berro, después, agradecieron los conceptos emitidos y tuvieron amables palabras de elogio para la obra que se realizaba en Durazno.

A mediodía se sirvió un banquete y luego de visitadas varias instituciones de menores, regresó a Montevideo el grupo de personas que habían concurrido al acto.

---

**CONSEJO PANAMERICANO DE ODONTOLOGIA INFANTIL.** — En la reunión del Consejo Panamericano de Odontología Infantil, celebrada en ciudad México, quedó designado el Ejecutivo del mismo para el bienio 1955-1957 en la siguiente forma: Presidente, doctor



Carlos A. Criner (Cuba); Vicepresidente, doctor Antonio Frago (México); Secretario, doctor Antonio Montero (Cuba); Tesorero, doctor Albert L. Anderson (Estados Unidos de América); presidente electo (para 1957-1959) doctor Benjamín Gómez (Colombia).

También se acordó celebrar en La Habana (Cuba), en 1957, conjuntamente con la reunión oficial del Consejo, el Primer Congreso Panamericano de Odontología Infantil.

Según se establece en la constitución y reglamento del Consejo Panamericano de Odontología Infantil (1955), éste se constituye para contribuir al avance de la salud dental y general del niño, particularmente en el continente americano. Para trabajar estrechamente con institución o instituciones similares que sean establecidas posteriormente en otras secciones del mundo, y por último, para servir como parte del Consejo Internacional de Odontología Infantil.

Para diseminar y mejorar el conocimiento de la Odontología Infantil. Para propagar este conocimiento a otros campos de actividades afines y al público.

Para asegurar un tratamiento dental mejor y más extendido del niño.

Para caminar mano a mano con los pueblos de todas las naciones hacia un futuro mejor.

---

**PROTECCION A LA INFANCIA EN SANTA MARIA DE RIO GRANDE DEL SUR.** — Los niños de la ciudad de Santa María felizmente cuentan con la protección de un conjunto de ciudadanos, que tanto por iniciativa particular como oficial, tratan de combatir la falta de asistencia y educación.

Santa María es el centro estudiantil de Río Grande del Sur, viven aquí cerca de 35.000 estudiantes; 18.000 de ellos son menores de 10 años. Es la primera ciudad brasileña donde la alfabetización es casi total, el 90%. El 10% restante está constituido por menores que viven en situación económica difícil, o no pudieron concurrir a la escuela por falta de ellas, pues el número de éstas es; infelizmente aún hoy, inferior al necesario. Entonces se trató de acompañar pedagógicamente la situación de estos niños, orientando a los padres para no perderlos de vista.

Un trabajo importante realizó un benemérito grupo de profesoras de enseñanza primaria, levantando una estadística de los niños imposibilitados de concurrir a la escuela por impedimento físico y entonces se crearon clases especiales en los barrios de la ciudad y se compró un ómnibus, con medios obtenidos mediante la contribución del pueblo, pasando a buscarlos a las 8 de la mañana y trayéndolos de vuelta a sus casas a las 18 horas.

La Escuelita da el alimento, los medicamentos (masajes y la asistencia médica completa), y vestidos a cuarenta niños, que hoy se sienten reintegrados a la vida social.

Esta es la mayor obra de asistencia infantil de la ciudad de Santa María, obra que está siendo imitada en otras ciudades del Estado de Río Grande del Sur.

---



# PARA LA DIETETICA INFANTIL

## LACTOGENO

Leche en polvo, modificada, de composición semejante a la leche de mujer.

## NESTOGENO

Leche semidescremada, en polvo, con cuatro azúcares: lactosa, sacarosa, dextrina y maltosa.

## ELEDON

"Babeurre" en polvo. (Leche semidescremada ácida).

## PELARGON

Leche acidificada en polvo. (Leche tipo Marriott).

## MALTOSA - DEXTRINA "NESTLE"

Azúcar de composición equilibrada para la dietética infantil.

## ALICERON

Harina de cinco cereales, dextrino-malteada y tostada.

## NESTUM

Alimento a base de cereales precocidos, con agregado de vitaminas y sales minerales.

## CERELAC

(Harina lacto-amidodiasada)

Para la papilla "lactofarinácea", de preparación instantánea.

## MANZARINA

Alimento en polvo, a base de harina de trigo, manzana, leche entera y azúcar.

Contiene vitaminas A, B<sub>1</sub> y D.

## NESTLE

### AL SERVICIO DE LA INFANCIA

Literatura especializada a disposición de los Señores Médicos que la soliciten por correo a Soriano 1099 — Montevideo

Teléfono: 9 - 18 - 50





## Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.



# BOLETIN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

PUBLICACION TRIMESTRAL

AVDA. 8 DE OCTUBRE 2882 — MONTEVIDEO (URUGUAY)

## PRECIO DE SUSCRIPCION

<i>En el Uruguay</i>			
Valor del tomo (4 Boletines y 8 Noticiarios)	.	.	\$ 6.00
" de cada Boletín	.	.	" 1.50
<i>En los demás países</i>			
Valor del tomo (4 Boletines y 8 Noticiarios)	.	dólares	3.00
" de cada Boletín	.	"	0.75

## PRIX D'ABONNEMENT

<i>En Uruguay</i>			
Prix du volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	.	.	\$ 6.00
" de chaque numéro	.	.	" 1.50
<i>Dans les autres pays</i>			
Prix du volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	.	dollars	3.00
" de chaque numéro	.	"	0.75

## SUBSCRIPTION PRICES

<i>In Uruguay</i>			
One volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	.	.	\$ 6.00
Single number	.	.	" 1.50
<i>In other countries</i>			
One volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	.	dollars	3.00
Single number	.	"	0.75

## PREÇO DA SUSCRICÃO

<i>No Uruguai</i>			
Preço do volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	.	.	\$ 6.00
" de cada número	.	.	" 1.50
<i>Em outros países</i>			
Preço do volume (4 Boletines, 8 Noticiarios)	.	dólares	3.00
" de cada número	.	"	0.75

## AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.  
 LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.  
 CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.  
 GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.  
 LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.  
 LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.  
 EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.